Nr. 30 26. lipca 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. J. MORAWSKI. Kobierzyn.

Konstytucja i dziedziczność *).

Konstytucją osobnika nazywamy całokształt oddziedziczonych i nabytych przez niego morfologicznych, funkcjonalnych i ewolucyjnych znamion, które warunkują charakter i kierunek jego rozwoju, jego, takiej a nie innej reakcji na bodźce świata zewnętrznego, takie a nie inne jego przejawy życiowe. Ów całokształt znamion powstaje jednocześnie z osobnikiem, rozwija się jednak i modyfikuje w przeciągu życia całego.

W zapłodnionej komórce jajowej (gamecie) posiadamy już kompleks zawiązków, warunkujących pewien kierunek ewolucji osobnika i jego reakcji na podniety zewnętrzne, charakter i działalność poszczególnych narządów jego ciała i wzajemną ich zależność między sobą. Zaraz jednak po utworzeniu się gamety zaczyna ona podlegać wpływom warunków, w jakich żyje, to jest ustroju macierzystego. Wskutek działania tych warunków pewne cechy osobnicze mają korzystniejsze dla siebie warunki rozwoju, niż inne, niektóre z nich rozwinąć się mogą prawidłowo, gdy inne w stanie potencjalnym pozostają i przez cały czas istnienia osobnika mogą się nie przejawiać, lub też występować w późniejszym wieku; zmieniać się mogą do pewnego stopnia wzajemne wpływy i stosunki między sobą narządów poszczególnych. To też już w chwili urodzenia się osobnika posiada on cechy niezawsze odpowiadające cechom oddziedziczonym. Wskutek choroby matki lub złych warunków odżywiania się jej, czyli lokalnych przyczyn, nowy osobnik może przynieść ze sobą na świat usposobienie do pewnych chorób, pewne wady rozwojowe i wogóle cechy nietylko oddziedziczone, ale i nabyte. Podkreślić tu należy, że wrodzone nie zawsze jest oddziedziczonem.

Na drodze swego rozwoju po urodzeniu, w życiu swem znajduje się osobnik w najrozmaitszych warunkach sprzyjających lub szkodliwych dla rozwoju i nawet istnienia pewnych cech i tą drogą również zmienić się może jego konstytucja wogóle, a w szczególności usposobienie do chorób lub odporność względem nich. Weźmy dla przykładu stronę psychiczną życia ludzkiego.

Powstała jako kombinacja pewnych zawartych w komórkach rodzicielskich dążności do rozwijania reakcji wszelkiego rodzaju na bodźce świata zewnętrznego, podlega ona na każdym kroku działaniu najrozmaitszych czynników: mamy tu i wpływ budowy ciała wogóle i stan poszczególnych narządów, mamy skutki działania nań czynności poszczególnych narządów (narządy oddechowe, przewód pokarmowy, narządy zmysłowe, gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem, układ nerwowy ośrodkowy, współczulny i wegetatywny, narządy rozrodcze). Każdy z tych czynników gra pewną rolę w przejawianiu się psychiki, sprzyja lub przeszkadza rozwojowi lub przejawianiu się cech odziedziczonych, częściowo zmodyfikowanych już w swych przejawach po dotychczasowem życiu i rozwoju osobnika.

Dalej podlega psychika wpływom ze strony świata zewnętrznego (klimat, warunki rozwoju psychicznego i fizycznego, szkoła, otoczenie, zawód, losy osobnika). Wszystkie te warunki kładą swe piętno na psychice człowieka, to też w wielu przypadkach otrzymujemy całokształt cech psychicznych, prawdopodobnie znacznie odbiegający powierzchownie od psychiki odziedziczonej.

Badanie więc konstytucji polegać musi na rozczłonkowaniu konstytucji przejawiającej się w życiu człowieka (phaenotypicznej) na konstytucję odziedziczoną (idjotypiczną) i nabytą (paratypiczną). Ma to olbrzymie znaczenie nietylko dla celów teoretycznych, ale i dla praktycznych, to jest wtedy, gdy chcemy wpłynąć na konstytucję osobnika, między innemi, na jeden z jej przejawów, usposobienie do najrozmaitszych chorób.

Na konstytucję nabytą działać możemy, zmieniając warunki istnienia i rozwoju danego osobnika, cechy odziedziczone zaś nie poddają się naszej działalności. Bliższe poznanie konstytucji odziedziczonej — idjotypicznej możliwe byłoby dopiero wtedy, gdyby się nam powiodło zdjąć z niej wszelkie uwarstwienia paratypiczne, co połączone jest i będzie z nieprzyzwyciężonemi na razie przeszkodami, gdyż wszelkie wpływy paratypicznej konstytucji zmieniają prawdopodobnie do niepoznania przejawy konstytucji odziedziczonej. Na nasze dotychczasowe wiadomości o konstytucji idjotypicznej składają się wyniki badań nad odmiennością cech osobniczych, nad dziedzicznością i nad możliwościami i warunkami powstawania nowych cech.

Odmienność cech zauważamy n. p. u dzieci pochodzących od pewnej pary rodziców. Bez względu na znaczne nieraz podobieństwo, zachodzące między rodzeństwem, znajdujemy zawsze u nich pewne cechy odmienne. Odmienność cech poszczególnych u dzieci jednej pary rodziców zależy od cytologicznych procesów przy tworzeniu się gamet. Wiemy z licznych doświadczeń, że grające główną rolę przy przekazywaniu dziedzicznych cech chromosomy różnią się jakościowo między sobą i że przy redukcji odpowiednie chromosomy łączą się parami i tworzą dwuwartościowe podwójne chromosomy, których obydwie połowy podzielone bywają między dojrzałemi komórkami płciowemi. Możemy więc u ludzi przy istnieniu 24 chromosomów przypuszczać możliwość 4096 kombinacji (2^{12}) chromosomów rodzicielskich. Po przeprowadzeniu odpowiednich wyliczeń widzimy, że nie wszystkie kombinacje mają jednakowe prawdopodobieństwo urzeczywistnienia się, że n. p. kombinacja 6:6 zdarza się w 22,55%, ~~3 i 9~~ 1,61% kombinacja wreszcie, by jedna tylko strona rodzicielska dała dziecku swe chromosomy w 0,02% ogólnej ilości 4096 kombinacji. Podobieństwo zupełne dwóch gamet nie może jednak być w 22,55%, bo w każdej poszczególnej szóstce mogą występować inne pierwiastki. Prawdopodobieństwo co do zjawienia się dwojga zupełnie podobnych co do swych cech dziedzicznych dzieci=1:16,8 miljonów.

Badaniom odmienności cech poszczególnych poświęcono wiele prac, szczególniej w Anglji, ustanowiono pewne prawa jakim ma ta odmienność podlegać (prawo Queteleta o ilościowych stosunkach między sobą odmian, różnych od pośredniej, biologiczna statystyka odmienności (biometryka), współczynnik odmienności, obliczanie współczynnika współzależności dwu odmian, n. p. stopnia współzależności barwy oczów i włosów, stopnia współzależności wzrostu rodziców i dzieci itd.). Wyliczenia takie mają jednak znaczenie tylko przy wielkich liczbach badanych osobników, co dla materjału ludzkiego jest znacznem utrudnieniem i obniża wartość i celowość podobnych dociekań. Możliwy jest tylko jedyny wypadek zupełnej ilościowej i jakościowej zgodności gamet między sobą, najzupełniejszego pomiędzy sobą 2 dzieci, to jest wypadek jednojajowych bliźniąt, gdy dwoje dzieci rozwija się z jednej gamety. Jak daleko sięga owo podobieństwo, a przytem jak ważne są pewne kierunki w gamecie potencjalnie zawarte, dowodzą przytoczone w piśmiennictwie przypadki n. p. wspomniana przez Michaelisa para bliźniąt: dwaj bracia bliźniaki, zupełnie podobni do siebie postacią, ruchami, charakterem pisma, sposobami oddziaływania w życiu, dożyli bez znaczniejszych chorób do 60 roku życia. Jeden z nich, kawaler, stał na czele wielkiej firmy, drugi, żonaty i dzietny, zarządzał swym majątkiem. Prawie jednocześnie zachorowali

*) Odczyt wygłoszony na IV. Zjeździe Psychjatrów polskich we Lwowie w dniu 9 czerwca 1923 r.

obydwaj na cukrzycę i zapalenie nerek, obydwaj prawie oślepli, obydwaj skończyli na mocznicę (jeden o parę tygodni wcześniej) Podobnych spostrzeżeń opisano kilka. Dowodzą one wyraźnie, że działanie tendencji odziedziczonych przejawiać się może i w późnym wieku bez względu na najrozmaitsze wpływy zewnętrzne.

Badanie dziedziczności u ludzi, prowadzone od dawnych czasów, w ostatniem dziesięcioleciu coraz bardziej się skłania do uznania i zastosowania i w tym przypadku mendelizmu z jego prawami rozszczepiania się cech przy dziedziczeniu, panowania i ustępowania cech, wreszcie niezależności ich jedna od drugiej, w przypadkach dziedziczenia wielu cech. Sama istota materjału, trudności badania i otrzymywane wyniki zmusiły autorów do używania specjalnych metod obliczań i badań, a jednocześnie rozwój mendelizmu doprowadził do postawienia nowych hipotez, ograniczających lub rozszerzających zakres działania praw samych. Do tych hipotez należą: zależność przejawiania się cech od płci osobnika, zmienność panowania, zależność cechy od kilku genów, albo odwrotnie i t. d. Ze względu na trudności badań, otrzymane tą drogą wyniki (najczęściej tyczące się usposobienia do chorób) w przeważnej większości przypadków wymagają potwierdzenia, jak i cała zresztą sprawa dziedziczności u ludzi wymaga dalszych obszernych studjów, przeprowadzonych na wielkim materjale i z zachowaniem ostrożności w wyprowadzaniu wniosków. Co się tyczy wreszcie powstawania nowych cech odziedziczalnych przyjęto poza dziedzicznością, możliwość występowania ich jako mutacji, przeważnie pod wpływem warunków zewnętrznych (n. p. u dzieci rodziców alkoholików, syfilityków powstają cechy nowe, przedtem nie istniejące. Niektórzy autorowie przypuszczają możliwość występowania u dzieci nowych cech pod wpływem interferencji właściwych cech rodzicielskich, nieliczna wreszcie garść autorów wierzy w odziedziczalność cech nabytych.

W związku z pojęciem o konstytucji odziedziczonej powstają między innemi dwa zagadnienia, t. zw. zwyrodnienie i zagadnienie możliwości oddziaływania z naszej strony na cechy odziedziczone.

Zwyrodnieniem nazywamy wzrastanie ilościowe w szeregu pokoleń pewnych szkodliwych dla osobnika i całego rodzaju cech idjotypicznych. Tu już zaznaczyć musimy, że zmiany paratypiczne, zależące od warunków zewnętrznych, nie mogą być zaliczone do zwyrodnienia. Weźmy dla przykładu sprawę kiły lub gruźlicy. Powiększenie się ilościowe schorzeń kiłowych czy gruźliczych nie może być zaliczone do spraw idjotypicznych, nie może być objęte pojęciem zwyrodnienia. Gdybyśmy mieli dane, dowodzące, że ilość usposobionych do gruźlicy lub kiły zwiększa się w biegu pokoleń, moglibyśmy mówić o zwyrodnieniu ludzkości w tym kierunku. Jeżeli n. p. w czasach powojennych spotkamy większą niż dotychczas ilość schorzeń, niedorozwoju, charłactwa dzieci, odnieść musimy wszystko do zmian paratypicznych, dziedzicznie nie przekazywalnych. Gamety, powstałe z odmiennych paratypicznie osobników, zachowując swoją idjotypiczną wartościowość, mogą w odpowiednich warunkach dać osobniki zdrowsze od rodziców.

Zwyrodnienie wywołane być może tylko przez pogorszenie konstytucji dziedzicznej, przez, powstawanie nowych jej cech.

To jednak, jakeśmy wyżej wspomnieli, możliwe jest tylko drogą mutacji, procesu bliżej nam nieznanego, rozwijającego się prawdopodobnie pod wpływem warunków zewnętrznych. Nawet jeśli przyjmiemy możliwość dziedziczenia cech nabytych, ograniczyć ją musimy do minimalnych rozmiarów, a widome wyniki, stopniowego jej działania rozciągnąć na szeregi pokoleń.

Za główną przyczynę zwyrodnienia narodu uważać możemy tylko dobór źle skierowany, ułatwienie rozmnażania się osobnikom mniej wartościowym, nosicielom chorobliwych cech idjotypicznych, a utrudnienie warunków istnienia i rozmnażania się dzielniejszych, zdrowszych. I jeśli chcemy działać na polepszenie rasy czy narodu, możemy dopiąć celu tylko drogą doboru.

Badania nad przejawiającą się w życiu konstytucją osobniczą (phaenotypiczną) były przedmiotem licznych prac zacząwszy od najdawniejszych czasów. W naszem piśmiennictwie z oryginalnemi poglądami w tej sprawie spotykamy się po raz pierwszy w »Teorji jestestw organicznych«. Tom II. Jędrzeja Śniadeckiego, wydanej po raz pierwszy w 1811 r.

W rozdziałach XXXVI, XXXVIII, XXXIX, XL i XLI analizuje Śniadecki różnice ludzi zależące od klimatu, od wieku, od płci, wreszcie różnice, wynikające ze związków towarzyskich, rozdział zaś XXXVIII poświęca różnicom ludzi co do temperamentów. Śniadecki mówi tu: »Lecz i w tem samem plemieniu, narodzie, klimacie, — ludzie nie są sobie zupełnie podobni. Jako, albowiem różnią się pomiędzy sobą wzrostem, układem twarzy, kolorem włosów i oczu, tak widzimy, iż się różnią znacznie sposobnościami, skłonnościami, sposobem myślenia i postępowania, tudzież większą skłonnością do tych lub owych chorób. Takowe mniejsze pomiędzy ludźmi różnice obejmowano nazwiskiem temperamentów; coby daleko właściwiej konstytucją indywidualną nazwać można«. Autor odrzuca jako »nie warte uszanowania« starożytne podziały temperamentów na 1) suchy, wilgotny, zimny i gorący, 2) krwisty, flegmatyczny (wodnisty), żółciowy i melancholiczny, gdyż podziały te obejmują tylko powierzchowne różnice między ludźmi i są jednostronne, bo ugruntowane na pewnych tylko różnicach z pominięciem innych, gdy tymczasem »nazwisko konstytucji indywidualnej obejmuje wszystkie widome i niewidome, różnice organizacji«. Swój podział opiera Śniadecki na »niektórych ważniejszych różnicach organizacji i na prędkości i mocy biegu życia«. Zależnie od wybujania jednego z systematów w skład człowieka wchodzących, mamy według Śniadeckiego konstytucję nerwową, atletyczną, krwistą i arterjalną i każda rodowita konstytucja może być po większej części poprawiona przez wychowanie i sposób życia. Przy rozpatrywaniu każdej z tych konstytucyj Śniadecki zarysowuje i psychologję danego typu i uznaje możliwość istnienia kombinacji między sobą niektórych konstytucyj, n, p. nerwowej czy atletycznej z krwistą czy też arterjalną. Nietylko jednak przewaga pewnego systematu rozstrzyga, podług Śniadeckiego o danej konstytucji, musimy brać na uwagę prędkość, żywość i moc biegu życia, własności konstytucjonalne, bo je mamy z urodzenia i zachowujemy aż do zgonu. Te to własności zależne od pierwiastkowego popędu czyli mocy, pierwszego ruchu życia nadanego nam od rodziców mogą towarzyszyć każdej konstytucji i właściwe sobie różnice wywoływać.

Rozmaici autorowie podawali najrozmaitsze sposoby klasyfikacji typów konstytucyjnych, z różnych wychodząc punktów widzenia. Tandler zwracał uwagę na napięcie mięśniowe, Eppinger i Hess na układ nerwowy wegetatywny, Beneke i Rokitansky na pewne stosunki w wewnętrznej i zewnętrznej budowie ciała, toż samo Viola itd.

Sigaud rozróżnia typy: oddechowy, mięśniowy, mózgowy i trawienny *(respiratoire, musculaire, cérébral et digestif)* Bauer ustanawia szereg typów konstytucyjnych na zasadzie formuły gruczołów dokrewnych mianowicie konstytucję hipotyreotyczną, hipertyreotyczną, hipoparatyreotyczną i tyreolabilną, hiperpituitarną (akromegaloidalną), hipogenitalną (eunuchoidy), hipopituitarną, hipergenitalną wreszcie hipochromafinową.

Wiele badań poświęcono konstytucjom patologicznym, zacząwszy od niedorozwoju wszelkiego rodzaju i wad ustrojowych, skończywszy na usposobieniu do chorób.

Niektórzy badacze zarysowali pewne typy osobników, które dzięki tej lub innej budowie swego ciała są specjalnie narażone na pewne wpływy szkodliwe, przeważnie napewne zapadają choroby. Tu należą: *status thymicolymphaticus, st. hypoplasticus st. asthenieus, status exsudativus, status neuropathicus, status arthriticus.*

Badanie jednak tego rodzaju, nie dały jak dotąd, pewnych wyników z różnych przyczyn, a głównie dlatego, że nie zbadany jest dokładnie pod tym względem człowiek zdrowy, że wnioski opieramy przeważnie na zasadzie danych, zbieranych na stole sekcyjnym lub przy łóżku chorego. Nie mając danych o typach konstytucjonalnych ludzi zdrowych, u których zresztą badanie byłoby bardzo złożone, poszcze-

gólni autorowie szli odwrotną drogą, zaczynali od ludzi chorych, lub, co gorzej jeszcze, od badań na materjale sekcyjnym zmian anatomopatologicznych, których znaczenie może być rozmaicie przedstawione i tłómaczone w stosunku do czynności narządów i całego ustroju, gdzie życie, jest przejawem współdziałania najrozmaitszych narządów, których mniejsze lub większe odchylenie się od funkcji prawidłowej często nie bywa brane w rachubę. To też nic dziwnego, że otrzymywane tą drogą wyniki, opisywane konstytucje, nie przez wszystkich są uznawane. Dla przykładu przyjrzyjmy się losom stanu grasiczo limfatycznego *(status thymico-lymphaticus)*. Paltauf w 1889 r. pierwszy wyodrębnił ściśle konstytucję limfatyczną, przypisując jej większe niż zwykle wymiary migdałków, grudek limfatycznych, gruczołów limfatycznych, grudek podstawy języka, śledziony, wreszcie obecność grasicy w wieku, gdy powinna ona już być w zaniku.

Badania w tym kierunku prowadzili dalej Svehta, Wiesel, Bartel, Chwostek i inni. Stan grasiczno-limfatyczny rozrastał się coraz bardziej, obejmując coraz liczniejsze usposobienia *(dispositio)* do najrozmaitszych chorób (prawie wszystkie schorzenia gruczołów o wydzielinie zewnętrznej, choroby zakaźne, śmierć od elektryczności, salvarsanu itd.).

Zapomocą teorji o stanie grasiczno-limfatycznym zaczęto tłumaczyć chorobę Basedowa, Addisona, wreszcie zrobiono go podłożem do skłonności do samobójstw. Od samego początku jednak swego istnienia miał ten stan swoich przeciwników; Richter w 1902 r. już dowodził, że dużą grasicę i znacznie rozwinięty układ limfatyczny można znaleźć często u najzdrowszych ludzi, zmarłych nagle, nie pod wpływem dłużej trwających chorób i wypowiedział przypuszczenie, że duża grasica i dobrze rozwinięty układ limfatyczny raczej uważane być mogą za normę. Toż samo twierdzą Gröll i Löwenthal. Ciekawe są w tym względzie dane, zebrane przez Löwenthal'a w czasie wojny europejskiej: na zasadzie protokołów 8000 sekcyj żołnierzy, ludzi zdrowych fizycznie, zabitych w bitwach; twierdzi on stanowczo, że wielkość grasicy zależy od wieku, stanu odżywienia, wreszcie długości choroby osobnika. W przypadkach nagłej śmierci człowieka zdrowego, gdy nie było powodów do redukcji, czy też wyniszczenia grasicy i gruczołów limfatycznych, znajdował on zawsze dużą grasicę i dobrze rozwinięte gruczoły limfatyczne.

Zgadzałoby się to zupełnie z wynikami badań n. p. Miloslavich'a, który otrzymywał takież same dane przy sekcjach żołnierzy samobójców i na tej zasadzie związał przyczynowo skłonność do samobójstwa z grasicą przetrwałą. Na tym przykładzie widzimy, że dotychczasowe badania nad konstytucją patologiczną nie mogą być uważane za bezwzględnie pewne, nawet jeśli są oparte na materjale sekcyjnym, o ile były sprawdzone jednostronnie.

Dziś jeszcze możemy powtórzyć słowa Jędrzeja Śniadeckiego: »Nazwisko konstytucji indywidualnej obejmuje wszystkie widome i niewidome różnice organizacji. Różnice konstytucji tak są liczne i drobne, iż zdają się bardzo wiele wymagać podziałów«. A od poznania wszystkich tych licznych i drobnych różnic, o których wspomina Śniadecki, jesteśmy jeszcze bardzo daleko. Prócz tego wielką przeszkodę w takiem wyodrębnianiu stanowi to, że w większości przypadków mamy przed sobą w klinice najrozmaitsze stany, złożone z pierwiastków kilku stanów, widujemy tak zawikłane obrazy, że nic dziwnego, iż nieraz trudno się zorjentować, to też wyodrębnianie t. zw. »stanów« odbywa się przeważnie drogą intnicyjną, a nie na zasadzie pewnych wyników szczegółowego badania. Opisywane przez wielu autorów konstytucje patologiczne n. p. Pfaundler'owskie skazy limfatyczne, neuropatyczne, wysiękowe, wagotoniczne, dystroficzne, spazmofilne i krzywicze) wypadnie nam rozczłonkować na ich części składowe i z nich dopiero budować w przyszłości nowe typy konstytucji. Na razie wszystkie dotychczasowe prace w tym kierunku mają wartość tylko orjentacyjną.

Celem badań nad konstytucją osobniczą jest poznanie natury człowieka także i ze strony czysto praktycznej, określenie, co w każdym poszczególnym przypadku czynić należy, by danego osobnika od choroby uchronić. Do tego jednak potrzebną jest przedewszystkiem znajomość konstytucji człowieka zdrowego. Jak dotąd bardzo często zauważamy, w badaniach tego rodzaju pewien błąd klasyczny wyprowadzanie dalekoidących wniosków na zasadzie powierzchownie przeprowadzonych badań statystycznych jak to n. p. było przy badaniu dziedzicznego obarczenia psychicznie chorych, gdy przez dłuższy przeciąg czasu uważano dziedzicznie obarczenie psychicznie chorych za główną przyczynę chorób psychicznych. Trzeba było specjalnych badań Diem'a i Koller'a dotyczących zdrowych, by dowieść, że i psychicznie zdrowi ludzie ilościowo są obarczeni dziedzicznie prawie tak samo. Wyniki tych badań doprowadziły do zróżniczkowania samego obarczenia na najrozmaitsze części składowe, do ścisłego określenia znaczenia każdego obarczającego czynnika itd.

I dalszy rozwój nauki o konstytucji można sobie przedstawić tylko jako ugruntowany na nauce o poszczególnych celach konstytucyjnych, analogicznie do badań nad dziedzicznością, które dopiero po zastosowaniu wprowadzonego przez Mendla sposobu badania całości zapomocą analizy oddzielnych części weszło na właściwe tory.

Spróbujmy przenieść wyżej wspomniane pojęcia na interesującą nas specjalnie dziedzinę psychjatrji. Już między ludźmi psychicznie zdrowymi znajdujemy wiele odmian.

Nie znając podłoża konstytucjonalnego tych odmian, charakteryzujemy je jako typy psychologiczne, pamiętając jednak, że taka klasyfikacja jest czysto opisową, orjentacyjną, nie ostateczną, że jednakowe typy mogą być zewnętrznym przejawem wypadkowej działania wielu przyczyn (konstytucja odziedziczona, cechy paratypiczne). Wyróżniamy w psychice najrozmaitsze kombinacje ściśle między sobą związanych skomplikowanych trzech cech inteligencji, woli i uczucia, dla każdej prawdopodobnie z tych cech potrafimy kiedyś wykreślić krzywą odmienności, z największą ilością osobników dla średnich wielkości (zwykła inteligencja, uczuciowość i wola) i ze stopniowem zmniejszaniem się ilościowem ku obydwu końcom każdej z tych krzywych (słabość inteligencji i wysoki jej stopień, słabość woli i wielka sprawność woli, słabość uczucia i wielka uczuciowość). Mamy cechy: pewne ustosunkowanie (harmonja) i stałość, ciągłość w przejawach cech. Spotykamy dalej konstytucyjne wady: niedorozwój, zupełny, lub częściowy pewnej cechy lub też jej przerost, wreszcie zboczenia cech, gdy cechy pewne przejawiają się w inny zupełnie sposób od sposobu nazwanego prawidłowym na zasadzie dysharmonji, okresowości lub wreszcie parafunkcji (t. zw. paracechy itd.). Tu zaliczyć można pewne sprawy okresowe, rozszczepieniowe, histeryczne. Spotykamy wreszcie cechy właściwe pewnym określonym chorobom, które w tym lub innym okresie życia (nieraz bardzo późno) przyłączać się mogą do cech osobniczych, przejawiających się wogóle w życiu danego osobnika. Co do tego rodzaju cech, zaznaczyć musimy, że niektóre z nich rozwijają się zupełnie niezależnie od warunków zewnętrznych, jedynie pod wpływem odziedziczonych kierunków (tendencji), inne wymagają dla swego rozwoju obecności pewnych cech paratypicznych, inne wreszcie rozwijają się tylko pod wpływem pewnych czynników zewnętrznych. Za podłoże więc wszystkich chorób psychicznych musimy uważać cechy odziedziczone + cechy paratypiczne + przyczyny zewnętrzne. Każdemu występowaniu chorób psychicznych musi odpowiadać pewna konstytucja osobnika, całokształt cech morfologicznych, funkcjonalnych i ewolucyjnych. Jeśli badania mechanizmu powstawania pewnych objawów, grupowania objawów w pewne jednostki, pomagają nam w poznawaniu chorób, tą samą istotę choroby poznać będziemy mogli dopiero po bliższem zaznajomieniu się z cechami najprostszemi wchodzącemi w skład chorób i z warunkami powstawania i rozwoju tych cech.

Badaniem najprostszych cech psychicznych człowieka zdrowego psychicznie (a bez znajomości ich trudno myśleć o poznaniu chorób psychicznych, gdyż w każdej chorobie psychicznej spotykamy się z objawami zależnemi od cech psychicznych przedchorobowych danego osobnika) zajmuje się psychologja i w rozbiór otrzymanych przez nią wyników, dla braku czasu, wdawać się nie mogę. Znacznie mniej zrobiono w stosunku do odziedziczalności tych cech.

Wymienić tu możemy badania Galtona, Möbiusa i Feisa nad dziedzicznem występowaniem wybitnych zdolności, najrozmaitsze porównywanie cech psychicznych występujących w rozmaitych pokoleniach (Schuster i Elderston, Woods, Heymanns i Wiersma, Peters, Sommer, Zienner i inni).

Liczne są badania nad dziedziczeniem chorób psychicznych: badania dawnych autorów w Polsce m. i. Rollego, z nowszych Diem, Koller, prace Rüdina i jego uczniów stosujących zasady mendelizmu w badaniach nad dziedzicznością chorób psychicznych i takież próby amerykańskich autorów, wreszcie badania, tyczące się pewnych rodzin za cały szereg pokoleń. Jako pewne wyniki wszystkich tych badań uważać można stwierdzenie istnienia cechy dziedzicznej w pewnych chorobach (psychoza szałowo-zadumowa, rozszczepienie psychiczne) i cały szereg zagadnień teoretycznych, powstałych przy takich badaniach.

Wiele badań poświęcono sprawie wyjaśnienia podłoża, wywołującego występowanie cech nieprawidłowych, między innemi działaniem gruczołów o wydzielinie wewnętrznej na psychikę i takiemuż działaniu układu nerwowego współczulnego i wegetatywnego. Z wielkiem zaciekawieniem oczekiwać należy dalszych badań w tych kierunkach, bo tylko tym sposobem potrafimy dojść do zrozumienia współzależności cech psychicznych od podłoża fizycznego. Dla uniknięcia nieporozumień uważam za konieczne podkreślić, że nie idzie mi tu o podział zaburzeń psychicznych na organiczne i funkcjonalne, lecz o sprawę konstytucji ustroju.

Nie przypuszczam, by kiedyś udało się znaleźć zmiany anatomiczne w mózgu n. p. przy psychozie histerycznej, jestem jednak pewien, że zaburzenia psychiczne psychorodne muszą mieć jakiś odpowiednik konstytucyjny (odziedziczony czy paratypiczny), który podłożem swem różni się od człowieka zdrowego.

Choć danych faktycznych posiadamy bardzo mało, mimo to jednak z łatwo zrozumiałych przyczyn o konstytucji psychicznej, o typach, o temperamentach, mówiło się i mówi bardzo dużo. Jako przykłady podać możemy wspomniane przez Śniadeckiego temperamenty, jego podział, prace: Galtona, Lombroso, Ribota, Charcota, Sterna, Sigauda itd. Do najnowszych w tym kierunku prac należy Kretschmera: »Budowa ciała i charakter«, praca, posiadająca wiele zalet, ale też i swoje wielkie wady, wspólne pracom, w których autorzy drogą intuicji uzupełniają luki pochodzące z braku odpowiednich ścisłych danych.

Poznanie konstytucji osobniczej i jednej z jej stron — konstytucji psychicznej, jest rzeczą przyszłości. Dojść doń będziemy mogli, posiadając fakty, które ze wszelkich źródeł czerpać wypadnie. Cel ten potrafi połączyć w jedno badaczy najrozmaitszych kierunków: spotkamy tu wyniki badań anatomopatologicznych i anatomicznych, dane zdobyte przez psychologję doświadczalną, najrozmaitsze badania nad dziećmi zdrowemi i niedorozwiniętemi, wyniki badań klinik psychjatrycznych, prace psychoanalityków nad mechanizmem powstawania i komplikowania się objawów zaburzeń psychicznych badania nad dziedzicznością itd.

Tylko wspólnemi siłami, unikając jednostronnego traktowania przedmiotu, uda się nam poznać istotę psychiki ludzkiej i jej zaburzeń.

Wykład kliniczny.

A. BAUROWICZ. Kraków.

Leczenie chirurgiczne gruźlicy górnych dróg oddechowych.

Gruźlica, gdy zajmie śluzówkę krtani, rzadziej gardła z pominięciem krtani, stanowi moment tragiczny dla życia chorego szczególnie od okresu, gdy chory zaczyna doznawać bólów przy połykaniu, chociaż już i chrypka sama oddziaływa na chorego bardzo przygnębiająco. Jak długo chory połykać może bez uczucia bólu, tak ważny czynnik w leczeniu ogólnem, jak odżywianie, nie doznaje trudności, choć nieraz walczyć musimy z brakiem łaknienia u chorego. Ale tragicznym staje się okres, gdy chory mimo chęci do jedzenia z powodu doznawanych bólów unika jadła, tem samem utraca siły potrzebne mu do walki z chorobą, cierpi duchowo w przeczuciu zbliżającego się końca, nieraz bardzo się przewlekającego.

Już wcześniej jednak, zanim jeszcze z powodu rozszerzenia się sprawy chorobowej wystąpią bóle, chyba iż gruźlica umiejscowiła się w śluzówce gardła, objawem oddziałującym niepokojąco na chorego, jest zaburzenie w głosie. Chrypka przemijająca, szczególnie gdy występuje w godzinach porannych, zależną być może od wydzieliny zalegającej krtań i zazwyczaj w tej postaci mniej zwraca na siebie uwagi ze strony chorego, chociaż już wtedy jako objaw nieżytu krtani, wymaga leczenia, by śluzówkę uczynić odporną na właściwe zakażenie gruźlicze. Bardziej niepokoi chorego chrypka występująca po używaniu głosu, która choć może mieć także przyczynę w nieżycie krtani, tembardziej domaga się leczenia, i o ile chory sam nie uważa za stosowne zasięgnięcia porady właściwej, powinien tego zażądać lekarz mający w opiece chorego, czy z powodu gruźlicy na pewno stwierdzonej, czy — co bywa częściej — podejrzanego w kierunku gruźlicy. Jak często jednak lekarze sami, wobec objawu chrypki, zwłaszcza przemijającej, zachowują się obojętnie, a co gorsza bez zbadania chorego lusterkiem krtaniowem, zalecają wdychiwania najczęściej obojętne z rozczynów soli kuchennej czy sody lub z olejków eterycznych w postaci naparzań. Cieszę się bardzo, gdy się dowiem od chorego zgłaszającego się po poradę, iż lekarz jego zaglądał mu już lusterkiem do krtani; w tej sztuce badania powinien być biegły każdy lekarz, szczególnie praktykujący ogólnie, zwłaszcza na prowincji, by o ile sam nie orjentuje się co do widzianych zmian, skierował wcześnie chorego do zbadania fachowego. Ileż to razy uratowałoby się życie jednostki, gdybyśmy wcześnie rozpoznali chorobę i mogli wkroczyć czynnie do walki lub skutecznie zapobiedz wystąpieniu gorszych objawów. Odnosi się to nietylko do gruźlicy, ale i do raka, do twardzieli, a nawet i kiły krtani. Moralnym obowiązkiem tedy każdego lekarza, który sam nie umie badać krtani lusterkiem, albo przy badaniu nie zdaje sobie sprawy właściwej, zażądać od chorego, przedstawienia mu wyniku badania fachowego, zrzucając w razie nie zrozumienia ważności, ze siebie odpowiedzialność za zaniedbanie. Niestety, niektórym lekarzom się zdaje, iż obniżają swą wartość osobistą wobec chorego, zmuszeni do przyznania się, iż na pewne objawy, nie umią poradzić skutecznie, a czyż nie więcej szkodzą sobie, gdy chory nie widząc poprawy po zastosowanem leczeniu, albo po zlekceważeniu objawów początkowych przez lekarza, sam z własnej myśli zasięgnie porady fachowej i tu może się spotkać z uwagą, dlaczego tak późno się zgłasza. Fachowe bezpłatne przychodnie dla ubogich, z całą życzliwością przyjmują chorych, nie szczędząc ofiarnej pomocy, a więc i ten szczegół po za kosztami pewnemi odpada, tem bardziej jeżeli chorego stać na to by się leczył, a mimo tego lekarz ordynujący, nie waha się brać na siebie odpowiedzialność, nieraz zaniedbując właściwe leczenie.

Jak oglądnięcie krtani, tak i dokładne zbadanie gardła wymaga oświetlenia reflektorem i dopiero po takiem zbadaniu, możemy sobie wytłumaczyć objawy podane nam przez chorego lub dające się nam osobiście zauważyć, jak zaburzenie w głosie czy w mowie — i wtedy przedstawić choremu wynik badania. Niekiedy nie znalazłszy zmian jakichś, możemy uspokoić chorego, dając mu tylko odpowiednie wskazówki co do zachowania się, a nie bezmyślnie przepisując pędzlowania gardła czy wdychiwania, gdyż przytem upewniamy chorego o istnieniu zmian chorobowych. Oddziaływanie zaś skuteczne na psychę chorego jest ważniejsze, niż zastosowanie bezmyślnego leczenia.

Przesadą muszę nazwać szczególnie przyjęcie zasady, iż każdemu choremu na płuca, gdy wystąpią objawy chrypki, nawet bez uzasadnienia przyczyny badaniem, należy zalecić milczenie celem unieruchomienia krtani, gdyż chorzy wpadają z łatwością w bezgłos, cierpią moralnie, a na otoczenie swoje oddziałują bardzo niepokojąco. Ileż to razy u chorych

piersiowych, znalazłem bezgłos przy zupełnie zdrowej krtani lub zmianach nieżytowych i dopiero wielkiej energji potrzeba było ze strony chorego, by odzyskał utracony głos, zpowodowany zaleconem milczeniem. Więcej szkodzi krtani kaszel chorego, zostawmy więc choremu, o ile rozporządza jeszcze głosem, używanie głosu w stosownych granicach, a z pewnością, chory sam gdy zauważy, iż mówienie wpływa ujemnie na głos, a co ważniejsze powoduje bóle, będzie głosu oszczędzał, a przynajmniej do czasu, nie pozbawiał się energji użycia głosu, tak potrzebnego choremu, do wpływu psychicznego na leczenie. Raczej wkraczajmy czynnie celem usunięcia przyczyny chrypki i tu znajdziemy nadzwyczaj wdzięczną pracę, w podjęciu walki z gruźlicą krtani, a zwalczanie stosowne kaszlu zwłaszcza suchego, będzie jednym z warunków korzystnego oddziaływania na chorą krtań. Szczególnie po zabiegu na strunach prawdziwych, po przejściu reakcji, czynność strun umożliwi wyrobienie się struny, a tem samem i głosu, z efektem właśnie pod względem głosu, nieraz lepszym jak przed operacją.

Pionierem w czynnej walce z gruźlicą górnych dróg oddechowych, a w szczególności z gruźlicą krtani, jest nestor laryngologów polskich, profesor honorowy Uniwersytetu warszawskiego T e o d o r H e r y n g, niezmordowany krzewiciel zabiegów śródkrtaniowych, mających za zadanie uzyskanie zupełnego wyleczenia, a bodaj wstrzymanie postępu choroby. Nihilizm ograniczający leczenie poza wdychiwaniami, do używania środków leczniczych wewnętrznych, leczenia klimatycznego z główną zasadą leczenia milczeniem, ustąpić powinien zabiegom miejscowym, działania na ostro względnie przy użyciu elektrokautera. Elektrokauter umiejętnie, zastosowany, nawet nieraz w przypadkach dość daleko posuniętych, daje nadzwyczaj efektowne wyniki lecznicze, tembardziej jeżeli do leczenia zabierzemy się wcześnie.

Oczywista, iż czynne wkroczenie, zależne będzie od stanu sprawy w płucach i skłonności do krwotoków, gorączki, względnie ogólnego stanu chorego. Wyjątkowo natomiast zdarzy się, iż przy bardzo daleko posuniętych zmianach w krtani, płuca okazują zmiany nieznaczne, stan ogólny nie najgorszy i mimo tych pozornie korzystnych warunków, ograniczyć się będziemy zmuszeni do leczenia objawowego.

Są postacie zmian gruźliczych w krtani, jak zmiana na ścianie tylnej krtani t. zw. tuberculoma interarytaenoideum, które już nawet w okresie rozpadu da się energicznym zabiegiem, choćby nawet wymagającym powtórzenia raz i więcej razy, usunąć zupełnie. Wogóle postacie guzowate, zwłaszcza przed rozpadem, są bardzo wdzięczne dla leczenia chirurgicznego, czy zajmują ścianę tylną, zwężone struny fałszywe lub prawdziwe, wreszcie w zakresie ściany przedniej krtani, w okolicy przedniego kąta. Podobnie znana postać zgrubień jako pachydermia tuberculosa, w przestrzeni międzynalewkowej, okolicy wyrostków głosowych i wewnętrznych powierzchni spodu chrząstek nalewkowych, daje dobre wyniki po zabiegach chirurgicznych śródkrtaniowych na ostro. Ale i postacie nacieków rozlanych, płaskich, które już wcześnie ulegają rozpadowi, jesteśmy w stanie opanować, szczególnie przy usadowieniu zmian na wewnętrznych ścianach krtani, a mianowicie strunach głosowych prawdziwych. Gorzej przedstawia się rzecz, przy zajęciu fałd nalewkowo-nagłośniowych i chrząstek nalewkowych, osobno lub razem, i tu póki jest brak bólów przy połykaniu, a więc naciek nie sięga wgłąb, aż do ochrzęstnej, możemy wytrwałością naszą, przy szczerej chęci ze strony chorego, otrzymać nadzwyczajne wyniki, jeżeli nie zupełnego już wyleczenia, to wstrzymania przynajmniej masowego rozwoju zmian, przedłużając życie operowanego chorego. Naturalnie, iż spotkamy też często okresy choroby nie nadające się już do leczenia chirurgicznego, jednak i tu nieraz przykauteryzowanie powierzchni owrzodzenia, złagodzi bóle. Przypadki zwężenia krtani, o ile zabieg śródkrtaniowy nie ma szans poprawienia oddechu, wymagają zrobienia rozcięcia tchawicy, niekiedy nieuniknionego, mimo chwilowej poprawy po zabiegu śródkrtaniowym. Kiedyindziej ograniczyć się będziemy musieli, do stosowania i tak zawsze używanych jako sposób pomocniczy w leczeniu, wdychiwań, obok zaprószenia stosownego leku szczególnie jodolu.

Jako lek do wdychiwań zalecam rozczyn 1% rezorcyny, rozumie się najbielszej, na wodzie z dodatkiem w stosunku 10% gliceryny, a przy bólach połykowych, dodaję 0,10% kokainy. Chory wdychiwanie robi na pół godziny przed jedzeniem, najczęściej z maszynki parowej, ustawionej na wysokości ust w pozycji siedzącej chorego, przyczem chory nie powinien zaniedbać dobrego wysunięcia języka, trzymanego podczas wdychiwania ściereczką. Przy większych bólach, skutecznie działa, znów głównie przed jedzeniem, po zrobieniu wdychiwania, wciągnięcie przy użyciu rurki szklanej, czystego cykloformu lub antipiryny. Gdy to nie wystarcza, zadziałać należy znieczulająco na nerw krtaniowy górny, zapomocą wstrzyknięcia 80% alkoholu; zabieg ten wykonuje się obustronnie i znieczulenie nerwów utrzymuje się przez kilka tygodni. Zalecono wreszcie przecięcie nerwu krtaniowego górnego (A v e l l i s), które jednak na razie się nie przyjęło, gdyż wstrzykiwanie alkoholu zupełnie wystarcza. Zabieg ten podany przez H o f f m a n n'a a zmieniony przez L e s c h s e n r i n g'a, wykonywa się w ten sposób, iż igłę wbija się prostopadle tuż ponad górną krawędzią chrząstki tarczykowej a poza mięśniem tarczykowo-gnykowym, aż do chrząstki, następnie przesuwa się igłę w głąb ku górze i tyłowi ponad krawędzią chrząstki tarczykowej jeszcze na jakie 3 mm i wstrzykuje się około 1 cm alkoholu 80%. W ogólnie rozpaczliwych przypadkach nie odmówimy choremu zastosowania podskórnego morfiny, by ostatni okres jego cierpień, uczynić znośniejszym.

Nadzwyczajny wynik zabiegu daje odosobniona gruźlica nagłośni; tu wycinam ją głęboko przy użyciu pętli, starając się usunąć wszystko chore, lub stosuję kleszczyki ostre i elektrokauter.

Gruźlicze zmiany w zakresie śluzówki gardła, zwykle towarzyszą już daleko posuniętym zmianom w płucach, dają mniej zachęcające wyniki, choć nieraz i tu zabiegiem chirurgicznym działamy z efektem. Spotkamy wreszcie okres który do zabiegu już nie będzie się nadawał i wypadnie nam się ograniczyć do działania oczyszczającego i kojącego; zamiast wdychiwania parowego, możemy tu zastosować rozpylenie przyrządem Vaast'a.

Z większym skutkiem walczyć możemy z gruźlicą usadowioną na języku, na ścianach wewnętrznych policzka, wreszcie dziąśle i wargach.

Z efektem natomiast wkraczamy chirurgicznie przy gruźlicy przegrody nosowej, prawie zawsze części chrzęstnej, która występuje często w postaci guzowatej jako tuberculosis septi, ale i w postaci rozlanej, zajmującej też i inne ściany jamy nosowej. Tu obok wycięcia guza względnie nacieku, zastosujemy łyżeczkę ostrą, elektrokauter, a jako następowe leczenie, obok oczyszczenia jamy nosowej rozpylaniem z rezorcyny, zastosujemy ze skutkiem, szczególnie przeciw zasychaniu wydzieliny w nosie, maść z białego praecipitatu w stosunku 5%, w równej części z bismuthum subnitricum.

Zawsze zresztą przy leczeniu miejscowem nie zaniedbamy leczenia wewnętrznego. Osobiście daję pierwszeństwo thiokolowi, względnie kreozotowi szczególnie w postaci syropu Famel, dalej stosowaniu chlorku wapnia zwłaszcza zapomocą wlewań dożylnych 10% rozczynu, a u osobników młodych typu zołzowego, ze skutkiem zalecam tran z wątroby miętusa, równie odpowiedniemu i stosownemu odżywianiu, jak i leczeniu klimatycznemu, przypisując wielkie znaczenie. Wreszcie może metoda leczenia M o e l l g a r d'a, przyniesie także w gruźlicy górnych dróg oddechowych, oczekiwane wyniki.

Osobna wzmianka należy się odmiennej postaci gruźlicy znanej pod nazwą tocznia (wilka), który zajmuje nieraz pierwotnie śluzówkę górnych dróg oddechowych. Tu nawet bardzo rozległe zmiany, tak niestosunkowo małe sprawiające dolegliwości choremu, co jest właśnie charakterystycznym objawem w rozpoznawaniu tocznia, dzielnie zwalczamy zabiegiem miejscowym, dając pierwszeństwo elektrokauterowi.

Tak wreszcie przy gruźlicy śluzówki górnych dróg oddechowych jak i przy toczniu, jako dzielne pomocnicze leczenie, stosujemy promienie sztucznego słońca, działające też wybitnie kojąco, dalej promienie X a wreszcie i radu.

Na szczególniejszą uwagę, zasługiwałaby sprawa wyszkolonej pomocy w zabiegach miejscowych, w środowiskach dokąd zjeżdżają się chorzy, szczególnie w odpowiednich lecznicach. Mnie się zdaje, iż łatwiej choremu będzie, jeszcze przed udaniem się na leczenie klimatyczne zasięgnąć porady u lekarza fachowca, albo gdy w razie leczenia, przy zajęciu górnych dróg oddechowych, zajdzie potrzeba wkroczenia czynnego, przerwać chwilowo leczenie, by po dokonanym zabiegu, którego i tak, nie jeden raz, wypadnie powtórzyć względnie bodaj skontrolować wynik zabiegu, zgłosić się znowu u lekarza. Stosowanie miejscowe pędzlowań, zakraplań, zapylań, zostawić możemy, wprawionemu w wykonywaniu tych zabiegów w lusterku krtaniowem lekarzowi miejscowemu, zwłaszcza gdy to będzie się robiło w rezultacie narady z fachowcem względnie według wskazówek udzielonych przez tegoż.

Nie bez znaczenia, będzie też na koniec uwaga, jak wielką wartość w leczeniu gruźlicy płuc, ma prawidłowy stan górnych dróg oddechowych, by oddychanie odbywało się wyłącznie przez nos. Wszelka tedy tu napotkana przeszkoda, z uwzględnieniem wadliwego rozwoju wyrostka zębodołowego szczęki górnej powodująca również oddychanie przez usta, powinna wcześnie być usunięta. Ale już sama wrażliwość śluzówki na stany zapalne, nieżytowe, nie jest obojętną dla przebiegu sprawy w płucach i wymaga odpowiedniego leczenia. Nie zapomnimy też wreszcie o źródle podwyższonej ciepłoty w migdałkach szczególnie podniebiennych, które jeżeli jest ku temu wskazanie usunięte przez wyłuszczenie, względnie wykonana skenotomja, kładą kres gorączce i nieraz wyjaśniają rzekomą przyczynę gorączki odnoszonej do płuc. Podobnie należy wykluczyć obecność ropienia z jam bocznych nosa, mogącego być przyczyną podwyższonej ciepłoty.

Wiadomem jest wreszcie, iż przyczyną krwioplucia mogą być porozszerzane żyły w zakresie śluzówki górnych dróg oddechowych, a w szczególności na korzeniu języka w tchawicy. Również miesiączka zastępcza, może wystąpić pod postacią krwioplucia, o czem w przypadkach stosownych wypadnie pamiętać.

Z tego widzimy jak rozległe znaczenie ma znajomość schorzeń górnych dróg oddechowych, szczególnie w odniesieniu do gruźlicy.

Z praktyki.

Dr. Fr. NARÓG, asystent Kliniki. Lwów.

Skórzaki spojówkowo-rogówkowe obu gałek ocznych *)

Z Kliniki okulistycznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Bednarski.

Twory skórzakowe oka można podzielić na trzy grupy:
Na skórzaki brzegu rogówkowego, na skórzaki tłuszczowe (lipodermoid) spojówki i na torbiele skórzakowe oczodołu. Istotną część składową skórzaków i torbieli skórzakowych stanowi tkanka skórna, złożona z przybłonka, bez wykształconej warstwy brodawkowej *(stratum papillare)*, tkanki łącznej i z tworów skóry. Różnią się tem od siebie, że w skórzakach leży przybłonek zwrócony na zewnątrz, często przykryty przez spojówkę, w torbielakach zaś skórzakowych przybłonek zamyka przestrzeń, w której znajdują się twory pochodne skóry. Jeżeli uwzględnimy wrodzone twory skórzakowe, które prócz skóry i tkanki tłuszczowej zawierają jeszcze inne części składowe tkanek, otrzymamy wówczas podział stosownie do pochodzenia z listka zarodkowego na:

I. Pojedyncze skórzaki względnie torbiele skórzakowe, złożone ze skóry i jej przynależnych części.

II. Ektodermalne skórzaki mieszane, złożone ze skóry i tkanki mesenchymalnej (łącznej, krwionośnej, limfatycznej, chrząstkowej i kostnej).

III Potworniaki ekto- i mesodermalne *(bidermome)*, które powstały z listka zarodkowego zewnętrznego i środkowego.

IV. Potworniaki powstałe z trzech listków zarodkowych *(tridermome)*.

V. Potworniaki, które zawierają niedokształcony zarodek *(foetus in orbita, orbitophagus parasiticus)*.

Podobny podział skórzaków na wspomniane grupy przytoczył Vohner. Sądzę, że jest odpowiednim, gdyż od skórzaków brzegu rogówki do potworniaków, które mogą zajmować nietylko całą powierzchnię rogówki, lecz mogą niszczyć częściowo lub całkowicie gałkę oczną, istnieje cały szereg postaci przejściowych. Ponieważ zasadniczo ich podstawową tkankę stanowi tkanka skórna i jej pochodne, zatem wszystkie te postacie możnaby wliczyć do jednej kategorji skórzaków z podrzędnemi grupami,

Przypadki skórzaków i potworniaków z piśmiennictwa zestawił w piśmiennictwie polskiem Rumszewicz. Nawiązując do jego prac przytoczyłem systematyczny podział skórzaków, którego on w całości nie uwzględnił. Pozatem ograniczę się do przedstawienia ciekawego przypadka skórzaka rogówkowo-spojówkowego obu gałek ocznych ze znaczną ilością nerwów, dotyczącego dziecka z ciąży bliźniaczej. O innych przypadkach spostrzeganych wspomnę tylko, uwzględniając najważniejsze dane z piśmiennictwa.

Przypadek nasz dotyczy noworodka, który miałem sposobność spostrzegać w 3 dni po urodzeniu. Dziecko to przysłał Dr. Mączewski z oddziału położniczego Szpitala powszechnego.

Wywiady: Matka K. A. przebyła jeden poród prawidłowy, jedno poronienie, chorowała kilka lat temu na dur osutkowy. Od tego czasu czuje się zdrowa, mąż i pierwsze dziecko również zdrowe. Obecnie miała bliźniaki, płci męskiej, prawdopodobnie jednojajowa ciąża, oba rozwinięte dobrze. Długość pierwszego 50 cm, ciężar 3000 gr, obwód główki 34 cm, pomiary drugiego 48 cm, 2900 gr, 32 cm. Poród prawidłowy Wynik próby krwi na odczyn Wassermana u matki ujemny. Drugie dziecko bliźniacze cierpi na przepuklinę pachwinową.

Obecny stan dziecka:

O. p. Szpara powiekowa prawidłowa, spojówki powiek prawidłowe, spojówka gałki wykazuje od zewnątrz zgrubiały fałd żółtawy między mięśniem prostym zewnętrznym, a prostym górnym, przesuwalny, Rogówka w całości spłaszczona, w dolnych kwadrantach właściwie zamiast rogówki znajduje się szaro-żółta błona z pojedynczemi zgrubiałemi włóknami lub naczyniami, zachodzącemi na rogówkę z fałdu spojówkowego. Twór ten przechodzi na górne kwadranty rogówki, która w $^1/_4$ części od góry jest matowa, szaro-mętna. Dołem zewnątrz znajduje się blizna biaława wielkości główki małej szpilki, prawdopodobnie wskutek procesu zwyrodnienia i złogów wapnia. W górze zewnątrz widać przecinkowaty ubytek w stanie oczyszczania się. W miejscu ubytku powierzchnia rogówki jest nieco wgłębiona (della). Po stronie zewnętrznej brzeg rogówki jest czysty na 1 mm. Powierzchnia ogólnie jest matowa i sucha. Twór rogówkowy jest dalszym ciągiem tworu spojówkowego, zgrubiałego w postaci fałdu, który zachodzi na rogówkę z góry zewnątrz, przeciwległym zaś końcem gubi się w oczodole za kącikiem zewnętrznym. Tęczówka i źrenica niewidoczne, prawdopodobnie tęczówka jest zrośnięta z rogówką.

O. l. Powieki i spojówka powiek prawidłowe, spojówka gałki przy brzegu rogówki dołem zewnątrz nieco zgrubiała, zaopatrzona w delikatną sieć naczyń. Rogówka w $^2/_4$ dołem zewnątrz jest pokryta szaro-białą blizną, matową, nie przeświecającą. Górą zewnątrz widać na rogówce przecinkowaty ubytek. W $^2/_4$ górą wewnątrz rogówka jest czysta, źrenica do połowy widoczna. Tęczówka wolna.

Obie gałki są głęboko osadzone, jakby wciśnięte w oczodoły

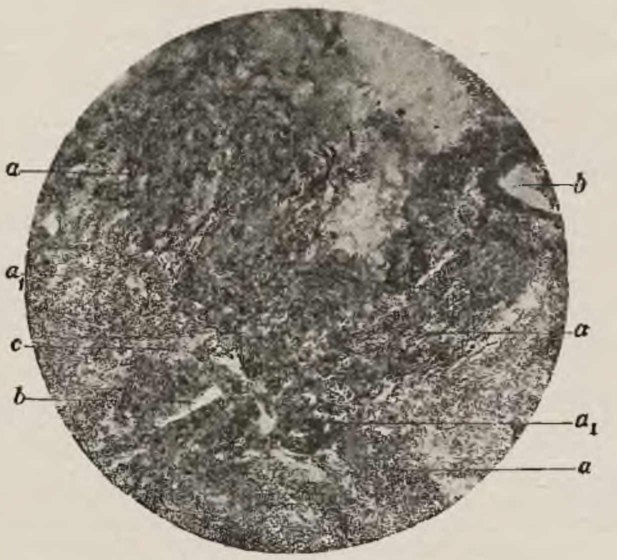
Skóra na policzku prawym od ucha, aż do kącika ust i kąta szczęki dolnej jest rozlanie zgrubiała, żółto-czerwona, wzniesiona schodkowato nad poziom prawidłowej skóry, jakby drugi naskórek naróśnięty na powierzchni na skórę. Wypustka tego zgrubienia sięga na dolną powiekę, na brodę, na wargę górną tuż pod nosem w postaci fałdu i do prawego kącika ust. W przejściu w błonę śluzową w kąciku ust tworzy brodawkowate zgrubienie. Powierzchnia zgrubiała na policzku wykazuje delikatne pory i punkcikowate brodaweczki. Na szczycie głowy znajduje się miejsce chropowate, nierówne, bez uwłosienia. W okolicy kości czołowej prawej nazewnątrz wyczuwa się pod skórą fluktuującą torbiel wielkości ptasiego jaja. Torbiel po 2-tygodniach pękła, a skóra głowy pokryła się wypryskiem ze strupkami.

---
*) Przypadek przedstawiono na posiedzeniu Kółka szpitalnego 26. XI. 24 i w Tow. lek. lwow. 5. XII. 24.

Badanie drobnowidowe.

Celem zbadania anatomiczno- patologicznego wycięto z kącika zewnętrznego prawego oka, niedaleko od brzegu rogówki, kawałeczek zajętej spojówki, wystającej w postaci fałdu i narośl brodawkową z kącika ust. Na preparatach, które łaskawie przejrzał Prof. Nowicki, stwierdzono:

Nabłonek składa się z kilknastu warstw bez wyraźnej warstwy cylindrycznej przyczem warstwy powierzchowniejsze są coraz więcej płaskie podobnie jak w naskórku. Wyraźnego zrogowacenia się nie stwierdza. Natomiast widać miejscami wakuolizację komór nabłonkowych. Warstwy brodawkowej nie ma, a tkanka łączna podścieliskowa jest włókienkowo-komórkowa, przyczem ułożeniem powikłanem, dowolnem, delikatnych włókienek, dowolnem rozmieszczeniem komórek o jądrach cienkich, wydłużonych, gdzieniegdzie okrągłych, przypomina nieco tkankę, śluzową. Wśród tej tkanki stwierdza się, w rozmaitych kierunkach poprzecinane, dość liczne nerwy, które w preparatach hematoksylinowych co do budowy nie wykazują zmian widocznych. Naczyń krwionośnych naogół jest niewiele. Wycięta brodawka z kącika ust przedstawia się jako brodawkowo wybujały i zgrubiały nabłonek wielowarstwowy płaski.



Na podstawie obrazu klinicznego i badania anatomiczno-patologicznego z jednego miejsca zajętej spojówki mamy niewątpliwie do czynienia ze skórzakiem spojówkowo-rogówkowym obu gałek ocznych. Preparat z rogówki dałby nam prawdopodobnie większe zmiany, czego każe się spodziewać włóknista szaro-biała błona, umiejscowiona w dolnych kwadrantach zamiast rogówki, z gęstą, białawą blizną, wskazującą na zmiany wsteczne. Obraz całkowity moglibyśmy otrzymać dopiero po wyjęciu gałki i po zrobieniu preparatów z kilku miejsc. Ale i w tym przypadku przy zachowaniu gałki przybłonek, przypominający naskórek bez warstwy brodawkowej, tkanka łączna przypominająca tkankę śluzową i liczne nerwy wskazują na utkanie skórzaka, powstałego wskutek embrjonalnych zrostów gałki ocznej z owodnią lub z resztki naskórka *(cutis)*, pokrywającego pierwotnie gałkę, przyczem mogło przyjść do rozrostu nerwów z pieńków nerwowych na miejscu w tkance łącznej spojówki lub w rogówce. Grube włókna w tworze rogówki każą się spodziewać licznych nerwów.

Powstanie skórzaków tłumaczy jeden z pierwszych Van Duyse, który przyjmuje, że skórzaki rogówki, jakoteż wrodzone guzy na szyi i szpary powiek są resztkami uprzednich zrostów powierzchni wewnętrznej błony owodnej zarodka z jego powierzchnią. Zrosty błony owodnej z powierzchnią rogówki mogą powstać w ciągu dwóch pierwszych miesięcy rozwoju, gdy obie powierzchnie bezpośrednio do siebie przytykają. Gdy następnie tworzy się ciecz w błonie owodnej, rozrywa ona zrosty, część zaś zrostu n. p. z rogówką, lub ze skórą policzka, jak to mamy w naszym przypadku, pozostaje jako skórzak. Zrost taki może zająć całą rogówkę, ponieważ pozostaje ona niezasłonięta przez powieki do początku 1 miesiąca rozwoju. Pomiędzy wytwarzaniem się cieczy, a zrastaniem zarodkowem powiek upływa dość czasu, zatem powieki mogą następnie oderwaną część zrostu pokryć. Bernheimer opisuje przypadek zrostu tęczówki z rogówką, która miała ubytek w błonie Descemeta. Przyjmuje on zatem uprzednie zapalenie rogówki z następnemi zrostami u płodu. Bernheimer, Kohn, Hanke, Lodato, Rumszewicz i i. są zdania, że zapalenie i owrzodzenie rogówki poprzedza zrosty. Niektórzy z nich przytaczają na dowód nacieczenie drobnokomórkowe w preparatach drobnowidowych. W naszym przypadku podobnie jak w przypadku Lodato zmiany wsteczne tkanki łącznej w obrębie rogówki mogłyby przemawiać za uprzedniem zapaleniem. Zmiany te jak wspomniałem znajdują się na rogówce prawej dołem zewnątrz wielkości małej główki szpilki o odcieniu białawym. Prócz tego w górze zewnątrz przecinkowate wgłębienie w postaci *delli,* wymownie przemawia za uprzednio toczącym się procesem zapalnym. Rumszewicz zajmuje stanowisko, że uprzedni stan zapalny w zawiązku rogówki musi stanowić niezbędny warunek dla powstania zrostów. Drobne skórzaki przy brzegu rogówki tłumaczy małemi owrzodzeniami rogówki, skórzaki całej rogówki stanem zapalnym, toczącym się na całej przestrzeni rogówki o ile stan zapalny na rogówce tłumaczy nam powstanie zrostów w naszym przypadku, to rozległy zrost na prawym policzku twarzy i na szczycie głowy przemawia raczej przeciw konieczności stanu zapalnego. Zrost ten możnaby tłumaczyć dłuższem pozostawaniem w zetknięciu szczytu głowy i policzka ze ścianą błony owodnej wskutek wzmożonego ucisku wewnętrznego przy rozwijaniu się bliźniaków, przyczem jeden z bliźniaków, u którego nastąpił zrost, mógł ulegać pewnemu uciskowi ze strony płodu, położonego wyżej. Zająłbym zatem raczej stanowisko, że stan zapalny nie musi być koniecznym warunkiem, chociaż to ma najczęściej miejsce, do powstania zrostów. Drobne skórzaki w obrębie rąbka rogówkowego mogą powstawać często w czasie rozwoju pęcherzyka ocznego jako resztka naskórka *(cutis)* pokrywającego pierwotnie gałkę, która się nie przekształciła w całości w błonę śluzową. A więc mogło powstać zahamowanie w rozwoju. Saemisch przyjmuje nieprawidłowe zachowanie się błony owodnej, której nie zróżnicowane części mogą być przemieszczone na powierzchnię gałki. Jako przyczynę torbieli skórzakowych podają oderwanie się i przemieszczenie tkanki ektodermalnej przy końcu rozwoju szpary powiekowej. Potworniaki trzeciej kategorji należy odnieść do wadliwego rozwoju zawiązku gałki ocznej.

Najczęściej spotykamy się ze skórzakami rąbka rogówkowego. Występują one w postaci żółtawo-różowych guzów, wrodzonych, o budowie skóry z naskórkiem, czasem z torebkami włosowemi z gruczołami łojowemi, potowemi i z bezpostaciowemi masami tłuszczowatemi. Wallenberg znalazł w jednym przypadku liczne nerwy. Nasz przypadek należy również do tego rodzaju rzadkich przypadków w których badanie drobnowidowe wykazało liczne nerwy wśród tkanki łącznej. Byłby to zatem drugi przypadek, jak mogę wnioskować z dostępnego mi piśmiennictwa. Równocześnie w 65% przypadków spotykano inne wady rozwojowe oka, jak n. p. szpary powiek, tęczówki, naczyniówki i zboczenia źrenicy, porażenia dźwigacza powiek i mięśnia odwodzącego, rozszczep podniebienia, wargę zajęczą lub jednocześnie skórzaki w innych okolicach. W jednym z przypadków opisano *ichtyosis hystrix.* Erben podaje przypadek szczeliny w wiązadle kącika zewnętrznego wskutek umiejscowionego w niej skórzaka. W dwóch przypadkach spostrzegaliśmy torbiele nagałkowe po stronie zewnętrznej z niedorozwojem gałki *(microphtalmus congenitus c. cyste dermoidalis)*. Rogówka była wielkości główki dużej szpilki. Podobny przypadek opisał Czermak. Beal przytacza przypadek skórzaka spojówki ze znamieniem barwikowem na czole i powiece.

Prócz wad rozwojowych oka może wystąpić ogólny niedorozwój. Czy skórzaki rosną trudno powiedzieć. Najczęściej rosną jako nowotwory dobrotliwe ze wzrostem osobnika, a potem pozostają w miejscu. Wzrost większy zdarza się bardzo rzadko i w bardzo nielicznych przypadkach.

Rokowanie »*quoad visum*« przy skórzakach całej rogówki, jak to ma miejsce w naszym przypadku na prawem oku, jest złe.

Co do zajęcia rogówki przez skórzaki, to nasz przypadek zbliżony jest do przypadku Graepa i Schwanza, którzy podają, że cała rogówka była zajęta przez tkankę skó-

rzakową z wyjątkiem pasemka $^1/_2$ mm szerokiego zupełnie podobnie jak w naszym przypadku na prawem oku.

Skórzaki z zajęciem obu rogówek należą do rzadkości. Częściej spotyka się skórzaki tłuszczakowe spojówek. Nowak opisał skórzaki symetryczne spojówek wielkości fasoli, umiejscowione na oku prawem po stronie skroniowej, na lewem po stronie nosowej, z nieznacznem przybrzeżnem zmętnieniem rogówek. Prócz tego wystąpiło znamię *(naevus)* na głowie, barwikowe znamię brodawkowe na lewym policzku, przemieszczenie źrenic ku górze i szczeliny w naczyniówce.

Skórzaki tłuszczakowe występują według Nobba w 70% przypadków między mięśniem prostym zewnętrznym a prostym górnym. Dawniej utrzymywano, że występują one tylko w okolicy rąbka spojówkowego. Dopiero Hirschberg opisał pierwszy przypadek skórzaka tłuszczakowego w okolicy gałki. Rumszewicz uważa tego rodzaju przypadki nie za tłuszczaki, ale wrodzone skórzaki. Mieliśmy również sposobność spostrzegać przypadek skórzaka tłuszczakówatego, dotyczący 15 l. dziewczyny, w okolicy równika gałki na oku lewem po stronie zewnętrznej, wielkości fasoli, pokryty kilkoma dość dużemi włosami. Badania drobnowidowego jednakowoż nie można było przeprowadzić, gdyż chora przyjęta na klinikę, nie zgłosiła się.

Torbiele skórzakowe występują według zestawienia Berlinsa częściej po stronie wewnętrznej 53% przypadków, według Lagrange częściej w okolicy brwi w $^1/_3$ oczodołu po stronie zewnętrznej. W jednym z przypadków operowanych na Klinice chirurgicznej znajdowała się torbiel w okolicy gruczołu łzowego lewego w zagłębieniu kości oczodołu z treścią tłuszczową, włosami i złuszczonym przybłonkiem, w innym przypadku, operowanym na tutejszej Klinice ocznej, dość duże włosy wrastały do wnętrza torbieli i tworzyły splot z włosów tak, że po wywróceniu miało się wrażenie skalpu w miniaturze.

Częściej spotykaliśmy torbiele skórzakowe po stronie zewnętrznej górnego oczodołu. Birch-Hirschfeld przytacza również 99 przypadków torbieli, z których większość mianowicie 43 umiejscowiona po stronie zewnętrznej górnego oczodołu, w 23 przypadkach zajmowały torbiele stronę wewnętrzną górnego oczodołu, a reszta przypadków przypadała na dolny oczodół.

Zawartość skórzaków jest najrozmaitsza. Prócz tkanki skórnej i tłuszczowej można w nich spotkać, jak widać z przypadków z piśmiennictwa, kości, chrząstki, gładkie i prążkowane mięśnie, przybłonek migawkowy (Wagenmann) i t. p. W skórzakach tłuszczakowych spotykano prócz skóry i tkanki tłuszczowej tkankę łączną z włókienkami elastycznemi, prążkowane mięśnie, naczynia krwionośne i limfatyczne, gruczoły pęcherzowo-cewkowe, chrząstkę, kość i t. p. Często tą samą zawartość wykazują torbiele skórzakowe. Prócz tego znalazł w nich Van Duyse komórki gangliowe, Lewinsohn komórki gangliowe i kubkowe, Barnes, Lapersonne spotkali zęby. W. Volmer przytacza przypadek powikłanej torbieli skórzakowej nagałkowej z wytworzonym zębem. W potworniakach spostrzegano prócz tego poprzecznie prążkowane, gładkie mięśnie, torbiel z przybłonkiem mięsakowym, naczynia krwionośne, resztki barwika, strzępy siatkówki i t. p.

Nasz przypadek zasługiwałby na szczególną uwagę ze względu na umiejscowienie, z ich uprzednim stanem zapalnym na spojówkach i rogówkach, ze względu na tak bardzo rzadko spotykaną znaczną ilość nerwów wśród tkanki łącznej przypominającej tkankę śluzową i ze względu na rozległe zmiany na policzku i na głowie które wystąpiły u jednego z bliźniaków. U drugiego z bliźniaków dało się stwierdzić tylko przepuklinę pachwinową jako wadę rozwojową.

Piśmiennictwo.

1) Rumszewicz. Postęp okul. 1909. — 2) Tenże: Przegląd lek. N. 28. — 3) Tenże. Wiadomości lek. 1888. — 4) M. Volmer. Klin. Mon. f. t. 1924. B. 72. — 5) Birch-Hirschfeld. Graef. Saem. Die Krankh. d. orbita II. T. IX. B. XIII. K. 6) W. Erben. Klin. Mon. f. A. 1923. B. 71. — 7) Nagelber. Zentralbl. f. A. (ogólny przegląd). — 8) Krailsheimer. Kl. Mon. f.. A. 1913. B. 51. S. 796. — 9) Mitvalsky J. Archiv. f Aug. XXIII. S. 109. — 10) J. F. Cunningham. American Journal. 1923. 6. — 11) Novak. Kl. M. f. A. 1920. B. 65.

Dr. Zygmunt LESZCZYŃSKI, Lubaczów.
dyrektor szpitala powsz.

Bóle głowy po znieczuleniu lędźwiowem

występują znacznie rzadziej i słabiej, jeżeli roztwór leku znieczulającego sporządza się w wodzie destylowanej. Do rozczyniania początkowo tropakokainy później nowokainy stosowałem wodę destylowaną z dobrym wynikiem; w r. 1924 zacząłem stosować roztwór izotoniczny przez dodatek soli kuchennej, co jednakowoż z powodu nierównomiernie często występujących uporczywych bólów głowy zarzuciłem.

V. Jaschke z Giessen tłumaczy objawy te rozkładem tropakokainy wskutek działania soli kuchennej przy dłuższem przechowywaniu. Ponieważ rozczyn znieczulający przygotowuję zawsze świeżo, więc twierdziłbym, że zmiany w leku pod wpływem soli występują już podczas samego przygotowywania.

Sprawozdania i korespondencje.

Dr. N. GĄSIOROWSKI. Lwów.

O Zakładach bakterjologicznych i niektórych działach Publicznej Służby Zdrowia w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

Z Państwowego Zakładu Higjeny. Filja we Lwowie.

Dokończenie.

Statystyka niektórych chorób zakaźnych.

Z ostatnioletnich sprawozdań (Tabl. I.) niewiele byłoby do zanotowania o odrze, grypie i krztuścu. Jak wszędzie, choroby te pojawiają się i tu w znacznej ilości, często wybuchowo, tworząc największy odsetek w szeregu ostrych schorzeń zakaźnych. Przeciętna śmiertelność w stosunku do liczby zachorowań przy odrze wynosi 1.3%, przy grypie 3.4%, a przy krztuściu dochodzi do 6.5%.

Nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych stwierdzano w ostatnich latach tylko w nieznacznej ilości przypadków z przeciętną śmiertelnością 48%. Podobnie czerwonka bakteryjna i amebowa pojawiała się przeważnie w sporadycznych tylko przypadkach z wysokim odsetkiem śmiertelności wahającym się w granicach od 16.2 — 34.1%.

Przy ospie zwraca uwagę niestosunek, jaki zachodzi między ilością zgłoszonych zachorowań a śmiertelnością. Na 30.247 przypadków zgłoszonych w Stanach Zjednoczonych w roku 1922 ilość śmiertelnych wynosi tylko 822 czyli 2.7%. Przyczyną tego zjawiska są najprawdopodobniej pomyłki w rozpoznawaniu choroby, gdzie ospę wieczną podaje się jako prawdziwą, co też często potwierdzają ujemne wyniki próby Paula na rogówce królika.

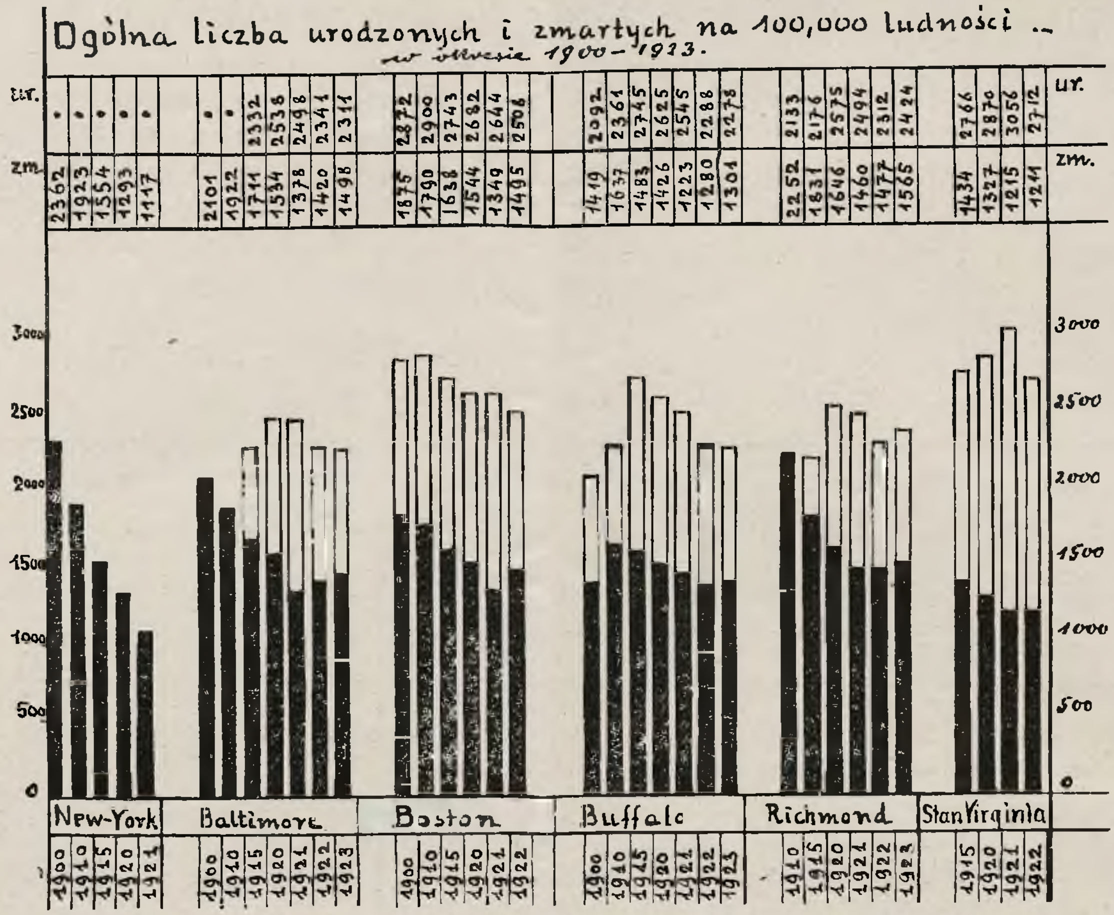
Statystyka błonicy w porównaniu do naszej przedstawia się ilościowo i jakościowo odmiennie, a mianowicie liczba zachorowań w Stanach w stosunku do ilości mieszkańców jest wielokrotnie wyższą, podczas gdy przebieg choroby znacznie łagodniejszy. Przypadki śmiertelne w stosunku do liczby chorych wynoszą 4.8 — 8.7%, podobnie jak w statystyce londyńskiej, podczas gdy w naszem mieście w r. 1923 dochodziły do 20.6%.

Podobnie zwraca uwagę niezwykle łagodny przebieg płonicy z liczbą 0.4 — 2.85% zgonów. Na 157.043 przypadków zgłoszonych w roku 1922 w Sanach Zjednoczonych tylko 1.3% zakończyło się śmiertelnie.

Liczba duru brzusznego i rzekomego na 100.000 mieszkańców waha się w granicach 10.3—29, a tylko w Stanie Maryland podobnie jak w naszem mieście dochodzi w roku 1923 do 73 przypadków, a w Stanie Virginia nawet do 116. Wśród 35.244 zgłoszonych w roku 1922 zachorowań liczba zmarłych wynosiła w Stanach Zjednoczonych 8.224 t. j. 23%.

Otwartej gruźlicy płuc uległo w ostatnich latach 89—127 osób na 100.000 mieszkańców. Przeciętna liczba zgonów w Stanach Zjednoczonych z roku 1922 wynosząca 92 przypadki na 100.000 mieszkańców jest nieco niższą od liczby ctwierdzonej w r. 1923 w Londynie (97), a przeszło czterokrotnie mniejszą od wykazanej w tym samym roku we Lwowie (375).

Inne choroby zakaźne jak wąglik, nosacizna, tężec, zimnica należą do rzadkości, wobec czego pod względem epidemjologicz-



Ryc. 1.

nym można przejść nad niemi do porządku dziennego. Dżuma i cholera azjatycka jest nieznaną, a jako bardzo znamienny objaw tamtejszych stosunków higjenicznych wypada wymienić zupełny brak duru osutkowego i powrotnego u stałego mieszkańca Stanów Zjednoczonych. Jeśli tu i ówdzie pojawi się wyjątkowy przypadek, to tylko u emigranta świeżo przybyłego drogą wodną z Europy lub lądową od strony granicy meksykańskiej.

Chcąc wysnuć nieco dalej sięgające wnioski o ruchu ludności i stosunkach zdrowotnych w Stanach Zjednoczonych przypatrzmy się jeszcze pokrótce niektórym datom statystyki porównawczej z ostatnich lat kilkunastu.

Otóż w pierwszym rzędzie zauważa się, iż liczba nowonarodzonych z małemi tylko wahaniami utrzymuje się mniej więcej na tym samem poziomie, powtóre iż jest ona znacznie wyższą od liczby śmiertelności, która obniża się silniej lub słabiej ale stale (Ryc. 1.). Przeciętna wzięta n. p. z Bostonu i Buffalo wykazuje na 100.000 mieszkańców.

w r. 1900	— 2.482	urodzonych	— 1.647	zmarłych
» 1922	— 2.398	»	— 1.387	»

W New Yorku liczba zgonów na 100.000 mieszkańców wynosząca 2.362 w r.1900 opadła do 1.117 w r. 1921.

W przytoczonych datach znajdujemy wytłumaczenie silnego i ciągłego wzrostu ludności w Stanach Zjednoczonych.

Z porównawczej statystyki chorób zakaźnych w okresie 1900—1923 r. mogę podać tylko niektóre daty dotyczące płonicy, błonicy, duru brzusznego i gruźlicy płuc (Tabl. II.).

Przy płonicy i błonicy w liczbach zgłoszonych przypadków widzimy w poszczególnych latach tylko silne wahania — zwłaszcza przy płonicy — bez żadnego pewnego typu świadczącego o zwiększaniu lub zmniejszaniu się zachorowań. W statystyce zgonów natomiast przy płonicy stale zwraca uwagę niski stopień śmiertelności w stosunku do liczby zachorowań. Raz tylko w roku 1910 dochodzi ona w Buffalo do 9.6%, w r. 1905 w Bostonie do 7.2%, a w Baltimore do 5.2%, pozatem utrzymuje się w granicach 0.7—4.3%. We Lwowie wykluczając wyjątkowy rok inwazji rosyjskiej 1915 o 25% śmiertelności, wahania te wynoszą 4.9—15.2%.

Przy błonicy procent śmiertelności w stosunku do zachorowań powolnie ale prawie z każdym rokiem opada i tak:

w Baltimore	z 10.5%	do 6.4%
w Bostonie	z 9.9%	do 4.7%
w Buffalo	z 12.2%	do 7.8%
w Stanie Virginia	z 8.0%	do 6.5%

We Lwowie z 6.7% w r. 1905 wzrasta stale, by w roku 1923 dojść do 20.6%.

Czas stosowania uodparniania czynnego, rozpowszechnionego dopiero od kilku lat jest jeszcze za krótkim, aby z dat statystycznych sięgających po rok 1923 można już było w tym kierunku wysnuwać ogólniejsze wnioski.

Przypatrzmy się jeszcze porównawczej statystyce duru brzusznego i gruźlicy jako jednemu z najlepszych wskaźników organizacji publicznej służby zdrowia i stanu higjeny społecznej. (Ryc. 2.).

W czasie od 1900 do 1923 ilość przypadków zachorowań na dur brzuszny i rzekomy opada stale:

w Baltimore	na 100.000	mieszkańców	z 191	do 27
w Bostonie	»	»	»	z 145	do 15·4
w Buffalo	»	»	»	z 92	do 10·3
w Richmond	»	»	»	z 559	do 29
w Stanie Virginia	»	»	»	z 623	do 69

Różnice wielokrotnie mniejsze świadczą za siebie nie potrzebując bliższych wyjaśnień, jedynie możnaby zauważyć, iż nagłe załamanie się linji zachorowań wiąże się wszędzie ze sprawą zaprowadzenia wodociągu i odpowiedniej chemiczno-bakterjologicznej kontroli wody i środków spożywczych. Równolegle przebiega krzywa zgonów w stosunku do ilości mieszkańców t. j. opada wszędzie bardzo silnie, natomiast w stosunku do ilości przypadków zachorowań opada lub wznosi się bez bliżej określonego typu. Przeciętna zgonów do ilości przypadków wynosi 13.3%. Mniej więcej podobne stosunki wykazują daty statystyczne Lwowa, gdzie na 100.000 mieszkańców liczba zachorowań zmniejszyła się w tym czasie z 102 do 74, a przeciętna zgonów do ilości zachorowań wynosi 15.9%.

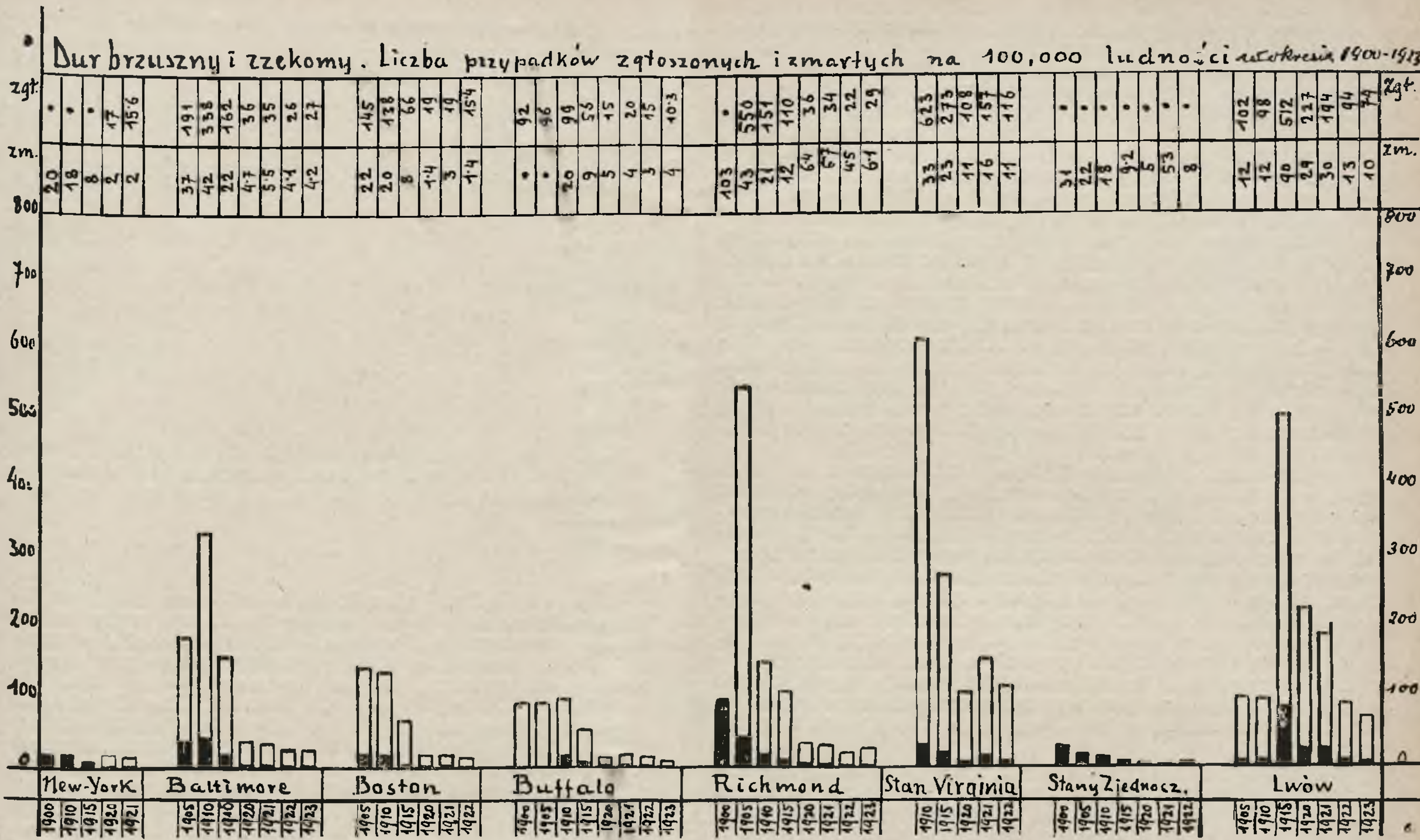
W gruźlicy płuc nie można opierać się na datach podających liczbę zachorowań, ponieważ zgłaszane są tylko przypadki o cięższym przebiegu. Porównawcza więc statystyka zgonów pozostaje nam tutaj jako jedynie miarodajna do wysnuwania jakichkolwiek wniosków. W czasie od roku 1900 do 1923 na 100.000 mieszkańców liczba zmarłych (Ryc. 3.):

w New Yorku	opadła	z 296	do 79
w Baltimore	»	z 235	do 116
w Bostonie	»	z 216	do 95
w Buffalo	»	z 120	do 85
w Richmond	»	z 251	do 112
w Stanie Virginia	»	z 149	do 116
w Stanach Zjednoczonych	»	z 195	do 92
we Lwowie	»	z 731	do 375

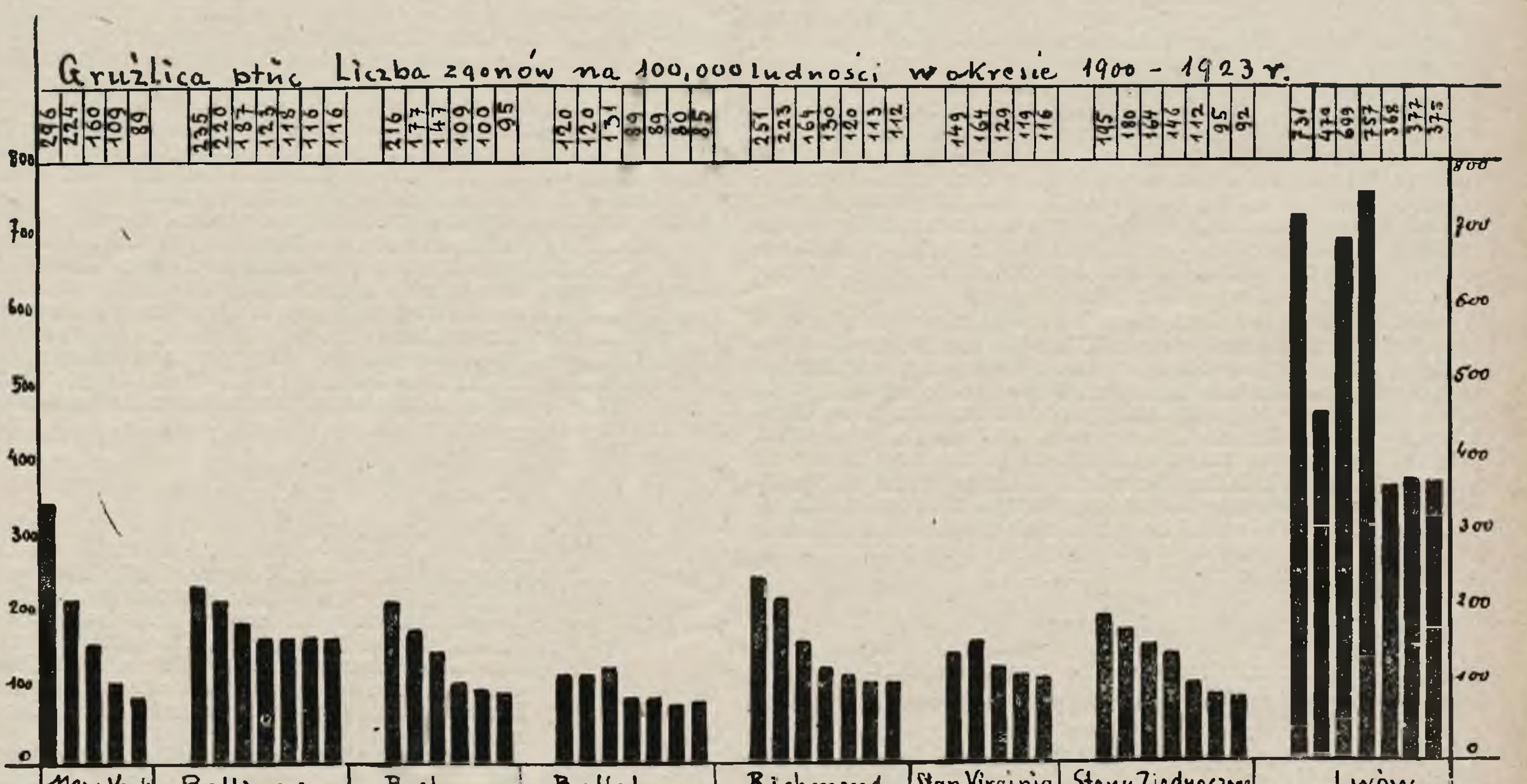
Liczba przypadków zgłoszonych i zmarłych na 100 000 ludności.

Tab. II.

		Zgłoszeni								Zmarli							
		1900	1905	1910	1915	1920	1921	1922	1923	1900	1905	1910	1915	1920	1921	1922	1923
New York miasto	Płonica	—	—	—	—	115	235	—	—	39	—	20	3	4	7	—	—
	Błonica	—	—	—	—	250	263	—	—	130	—	53	23	18	16	—	—
	Dur brzuszny i rzekomy	—	—	—	—	17	15·6	—	—	20	—	18	8	2	2	—	—
	Gruźlica płuc	—	—	—	—	493	466	—	—	296	—	224	160	109	89	—	—
Baltimore	Płonica	—	115	209	217	168	141	156	289	4	6	9	5	1·8	1·5	1·2	3
	Błonica	—	180	141	197	209	189	201	170	55	19	11	13	13	11	12	11
	Dur brzuszny i rzekomy	—	191	338	162	36	35	26	27	—	37	42	22	4·7	5·5	4·1	4·2
	Gruźlica płuc	—	133	588	289	190	184	188	191	—	235	220	187	123	118	116	116
Boston	Płonica	—	209	328	308	287	264	239	—	—	15	10	9	9	7	6	—
	Błonica	—	393	401	322	267	395	398	—	—	39	26	21	19	20	19	—
	Dur brzuszny i rzekomy	—	145	138	66	19	19	15·4	—	—	22	20	8	1·4	3	1·4	—
	Gruźlica płuc	—	—	—	418	307	287	260	—	—	216	177	147	109	100	95	—
Buffalo	Płonica	208	99	538	144	130	217	243	231	—	—	52	5	4	10	6	5
	Błonica	153	160	302	208	620	377	146	127	—	—	37	16	59	28	12	10
	Dur bruszny i rzekomy	92	96	99	56	15	20	15	10·3	—	—	20	9	5	4	3	4
	Gruźlica płuc	—	—	275	271	203	183	153	156	120	—	120	131	89	89	80	85
Richmond	Płonica	—	—	—	—	—	—	—	—	3·5	1	0	0·6	0	0·6	1·7	0·6
	Błonica	—	—	—	—	—	—	—	—	7	13	10	4	11	10	9	7
	Dur brzuszny i rzekomy	—	550	151	110	36	34	22	29	103	43	21	12	6·4	5·7	4·5	6·1
	Gruźlica płuc	—	—	—	—	—	—	—	—	—	251	223	164	130	120	113	112
Stan Virginia	Płonica	—	—	139	120	143	192	137	—	—	—	2·6	1·1	1·3	2·5	1·9	—
	Błonica	—	—	330	211	176	276	299	—	—	—	14	17	14	17	19·5	—
	Dur brzuszny i rzekomy	—	—	623	273	108	157	116	—	—	—	33	23	11	16	11	—
	Gruźlica płuc	—	—	555	315	147	138	131	—	—	—	149	164	139	119	116	—
Stany Zjednoczone	Dur brzuszny i rzekomy	—	—	—	—	—	—	—	—	31	22	18	9·2	5	5·3	8	—
	Gruźlica płuc	—	—	—	—	—	—	—	—	195	180	164	146	112	95	92	—
Lwów miasto	Płonica	—	276	234	124	519	317	100	283	—	42	22	31	82	52	14	14
	Błonica	—	209	113	108	39	33	29	29	—	14	17	20	10	7	6	6
	Dur brzuszny i rzekomy	—	102	98	512	227	194	94	74	—	12	12	90	29	30	13	10
	Gruźlica płuc	—	—	—	—	—	—	—	—	—	731	470	699	757	368	377	375



Ryc. 2.



Ryc. 3.

W walce z gruźlicą przy tak pomyślnych wynikach wchodzi w grę nie tylko celowość organizacji publicznej służby zdrowia, lecz również nadzwyczajny rozwój stosunków ekonomicznych państwa i wygodne warunki życia codziennego poszczególnej jednostki.

Spostrzeżenia ogólne.

Kończąc sprawozdanie niniejsze przyznaję się otwarcie, iż z powodu braku czasu nie mogłem niestety zapoznać się bliżej z działami higjeny dziecka i higjeny szkolnej, mimo wzorowej ich organizacji i szeroko rozwiniętej działalności. Z tego samego po-

wodu zmuszony byłem pominąć zwiedzenie sławnych centralnych rzeźni w Buffalo i Chicago zaopatrujących wszystkie wschodnie Stany w mięso doborowej wartości. Pomijając więc powyższe działy milczeniem chciałbym jeszcze poruszyć niektóre sprawy i spostrzeżenia zebrane poza zakładami i instytucjami a odnoszące się do właściwości życia codziennego, którym z higjenicznego punktu widzenia należy przyznać pierwszorzędne znaczenie.

Z podziwem patrzymy na Państwo, które jako jedyne w świecie zdobyło się na odwagę otwartej walki z alkoholizmem i przyjęło ustawę wzbraniającą używania alkoholu. Obecnie ustawa prohibic. przebywa ciężką walkę z dawnym głęboko zakorzenionym nałogiem. Jak każda myśl wielka i nowa, ustawa ta ma swoich gorących zwolenników i przeciwników. Jedni dopatrują się w niej szkodliwych skutków, ponieważ wobec ostrego zakazu i ciężkich kar powstało wiele pokątnych, ukrytych gorzelni wyrabiających alkohol, pity w formie nieoczyszczonej. Obrońcy ustawy prohibicyjnej stwierdzają natomiast, że mimo przekroczeń ogólne zużytkowanie alkoholu od czasu wprowadzenia ustawy znacznie się zmniejszyło, zwłaszcza wśród młodzieży, wobec czego oczekują cierpliwie zbawiennych jej skutków dopiero w przyszłych pokoleniach.

Przypatrzmy się jeszcze trybowi i warunkom codziennego życia w Stanach Zjednoczonych. Przeciętny obywatel przed rozpoczęciem pracy codziennej zjada obfite śniadanie (breakfast) składające się z owoców, kompotów, marmolad, kaszki owsianej, jaj, szynki, masła, bułki, mleka, białej kawy lub herbaty.W połowie pracy dziennej przypada jednogodzinny wypoczynek, w którym spożywa drugie śniadanie (lunch) z mięsem, leguminą i owocami. O godzinie 5. popoł. kończy swe zajęcie, wraca do domu — bardzo często własnym samochodem — kąpie się i przebrany siada do obiadu (dinner) składającego się z zupy, mięsa, jarzyn, leguminy i owoców. Wartość materjałów spożywczych, sposób przyrządzania i podania potrawy jest bez zarzutu, a nadzwyczajna czystość lokalu restauracyjnego, naczyń i stołów zwraca wszędzie szczególniejszą uwagę.

W całym trybie życia codziennego, w upodobaniach i nawyczkach, a zwłaszcza w zewnętrznych jego formach można dopatrzeć się stałego pewnego typu, pewnej, że tak powiem standaryzacji. Poza godzinami pracy istotnie trudnem jest z wyglądu zewnętrznego, zachowania się i ubrania wyróżnić w pierwszej chwili jednostkę zajmującą niższe stanowisko społeczne od wyżej stojącej. Czynnik napozór drobnostkowy, a jednak społecznie bardzo ważny, gdyż usuwa zewnętrzne różnice, ośmiela biedniejszego, wyciąga go z nor i zaułków i zbliżając całe społeczeństwo ku sobie, wpływa nadzwyczaj dodatnio na uświadomienie i cywilizację niższych warstw, a tem samem na higjenę społeczną.

Do ideałów każdego Amerykanina należy posiadanie własnego domu i samochodu, co też w przeważającym odsetku przypadków przyjmuje formę realną. Z zaoszczędzonego grosza robotnik buduje sobie dom dla własnego użytku — rodzaj willi — składającej się z 3 do 4 pokoji, łazienki i kuchni, z instalacją wodociągową, gazową i elektryczną, a często choćby z małym ogródkiem i trawnikiem, a ponieważ na 3 do 4 mieszkańców przypada w Stanach Zjednoczonych jeden samochód, więc prawie zawsze i Ford znajdzie się w rodzinie robotnika.

Jeżeli porównamy dochody osób różnych zawodów z najważniejszemi ich rozchodami dziennemi (Tabl. III), przyjdziemy do przekonania, iż nawet zwykłemu, nieukwalifikowanemu robotnikowi chcącemu tylko uczciwie pracować, budżet może wystarczyć na skromne ale wcale wygodne utrzymanie. To też poza New Yorkiem zwanym słusznie „Nowym Babilonem świata", miastem niebywałego ruchu, pośpiechu i ciągłego przelewania się obcego materjału ludzkiego, a właściwie poza tylko wschodnią częścią Manhattanu przypominającego nasze Nalewki, Kazimierz lub Żółkiewskie, gdzie stale przetrawia się i oczyszcza biedniejszy element świeżo przybyłych emigrantów, wszędzie na ogół odczuwa się ład i dobrobyt.

Tabl. III.

Pobory miesięczne w New Yorku w r. 1924.

Kelner	60 dol. = 300 Zł + utrzyman.
Kucharka, służąca domowa	80 » = 400 » + »
Sługa dochodząca	120 » = 600 » + I i II śniad.
Konduktor tramwajowy .	180 » = 900 »
Konduktor kolejowy . . .	260 » = 1300 »
Policjant	201 » = 1005 »
Robotnik kwalifikowany .	312 » = 1560 »
Dyrektor urzędu sanitarnego	541 » = 2˙05 »
Inspektor urzędu sanitarnego	331 » = 1755 »
Starszy urzędnik urzędu sanitarnego	250 » = 1250 »
Pielęgniarka urzędu sanit.	152 » = 760 »
Służący urzędu sanitarnego	120 » = 600 »

Koszta utrzymania w New Yorku w r.1924.

Mieszkanie (2 pokoje z łazienką i kuchnią miesięcznie	60 dolarów = 300 Zł
Mieszkanie (6 pokoi z łazienką i kuchnią) . . .	125 » = 526 »
Ubranie codzienne	25–50 » = 125–250 »
Obuwie	16–12 » = 30–60 »
Bochenek chleba	0·10 » = 0·50 »
Mięso wołowe ½ kg. . . .	0·25—0·60 » = 1·25—3 »
Mleko litr	0·12 » = 0·60 »
Jaja 12 sztuk	0 50 » = 2·50 »
Masło ½ kg	0·55 » = 2·75 »
Mąka »	0·5 » = 0·25 »
Cukier »	0·7 » = 0·35 »
Kawa »	0·40 » = 2·0 »
Herbata »	0·60 » = 3·0 »

Podziw ogarnia patrząc na pogodę życia, zadowolenie i energję mieszkańca Stanów Zjednoczonych, a otucha wstępuje na widok niebywale szybkiego postępu i tak pomyślnych wyników pracy ludzkiej.

* * *

W roku 1913 Mr. John D. Rockeffeler ofiarował 165 miljonów dolarów na cele humanitarne i naukowe, przyrodniczo-lekarskie. Nowopowstała Fundacja Rockeffelera zorganizowała się szybko dzieląc chlubny program pracy pomiędzy 4. oddziały, a mianowicie: „The of International Health Board, The China Medical Board, The Division of Medical Education i The Division of Studies.

Celem fundacji jest iść z pomocą ludzkości poza obrębem Stanów Zjednoczonych bez względu na kraj, rasę i wyznanie, a zakres działania obejmuje budowę szkół higjenicznych i pielęgniarskich, szpitali, poradni, pomoc w walce z chorobami zakaźnemi, stwarzanie całych wydziałów lekarskich (Pekin), budowa i pomoc w uposażeniu instytutów naukowo-lekarskich, sprawa wyszkolenia pielęgniarek i rozdział stypendjów dla dalszego kształcenia się i poznania nowych środowisk pracy naukowej z zakresu wiedzy lekarskiej i nowych organizacji publicznej służby zdrowia. Fundacja Rockeffelera w r. 1923 rozdała 8.5 miljonów dolarów, a 636 stypendjów 29 państwom obcym.

Obok tej instytucji ten sam Mr. John D. Rockeffeler wspólnie z żoną i synem ofiarował nowe setki miljonów własnej ojczyźnie na powstanie nowych 4. działów finansowo niezależnych od siebie, a mianowicie: The General Education Board zajmujące się szkołami i uniwersytetami; The Rockeffeler Institute for Medical Research przeznaczony tylko dla ścisłych badań naukowych w zakresie wiedzy lekarskiej; The Laura Spelman Rockeffeler Memorial, którego zadaniem jest badanie wychowania i rozwoju umysłowego dzieci, jak również sprawa higjeny socjalnej; wreszcie The International Educations Board zajmujące się działem matematyczno-przyrodniczym i rolnictwem.

Ofiarodajność wyjątkowa i podziwu godna, a wyniki jej dowodzą w całej pełni, iż Fundacja Rockeffelera pozostaje stale i wszędzie wierną swemu zaszczytnemu hasłu „to promote the well — being of mankind throughout the world".

Zwiedzone Zakłady.

Stan New York:

New York City: Columbia University, College of Phisicians and Surgeons, The Rockeffeler Institute for Medical Research, Division of special investigations by The Bureau of Laboratories City of New York; Bureau of Laboratories City of New York, Division of antirabic vaccine, Division of Microbal Sanitary Examinations, Scheffield Farms Company;
Willard Parker Hospital, Main Clinic, The Advisory Clinic of the venereal Diseases, Tuberculosis Dispensaries;
Department of Water Supply;
Department of Health City of New York.

Otisville: Division of Production of sera and vaccines City of New York;
Sanatorium for Tuberculosis.

Valhalla - Kensico: Reservoir and Station of Water Supply City of New York;

Kingston - Ashokan: Reservoir and Station of Water Supply City of New York.

Pearl River: Lederle Antitoxin Laboratories, Division of antirabic vaccine.

Cold Spring Harbor L. J.: The Eugenics Record Office.
Albany: State Division of Laboratories and Research, State Division of Production of sera and vaccines;
Department of Water Supply.
Buffalo: State Institute for the Study of Malignant Disease;
Bacteriological Laboratories City of Buffalo;
Department of Water Supply;
Department of Health City of Buffalo.
Niagara Falls: Public Health Laboratory City of Niagara Falls.

Stan New Jersey:

Princeton: University, The Department of Animal Pathology of The Rockefeller Institute for Medical Research;
Walker — Gordon Farm.

Stan Massachusetts:

Boston: Harvard Medical School;
The State Bacteriological Laboratory, The Wassermann Laboratory, Antitoxin and Vaccine Laboratory, Bacteriological Laboratories City of Boston;
Department of Public Health of Massachusetts, Health Department City of Boston.
Cambrigde: Harvard University, Department of Sanitary Engineering;
Lawrence: The Experimental Station of biological filters.

Stan Michigan:

Detroit: Bacteriological Laboratories City of Detroit, Division of antirabic vaccine, Park — Davis Antitoxin and Vaccine Laboratories, Division of antirabic vaccine;
The Advisory Clinic and Hospital of The Ford Motor Company;
Department of Water Supply.

Stan Ohio:

Columbus: Ohio State University, College of Medicine;
State Division of Laboratories, Laboratory of antirabic vaccine;
Department of Water Supply;
The Ohio Department of Health.

Stan Pennsylvania:

Philadelphia: University of Pennsylvania, School of Medicine, Graduate School of Medicine, Department of Pathology in The Research Institute of Cutaneous Medicine;
Laboratories of General Hospital, Laboratory of Hospital for infectious Diseases, Diagnostic Laboratory of the Bacteriological Department by The Gradnate School of Medicine, Antitoxin Laboratory of Hospital for infectious Diseases;
General Hospital, Hospital for infectious Diseases City of Philadelphia;
Department of Water Supply.
Glenolden: H. K. Mulford Laboratories, Division of antirabic vaccine.

Washington D. C. Hygienic Laboratory;
Diagnostic Division of Hygienic Laboratory, Laboratories of The Naval Medical School and Hospital, Laboratories of The Walter Reed Hospital;
The Naval Hospital, The Walter Reed Hospital;
Department of Water Supply;
The Surgeon General of the Public Health Service of The United States, Bureau of Animal Industry.

Stan Virginia.

Richmond: Medical School;
State Diagnostic Laboratory;
Department of Water Suply;
State Board of Health, Bureau of Health City of Richmond.

Stan Maryland:

Baltimore: John Hopkins University, Medical School, School of Hygiene and Public Health;
State Bureau of Bacteriology, Bureau of Bacteriology City of Baltimore;
State Board of Health, Health Department City of Baltimore.
Montebello: Department of Water Supply.
Loch-Raven Dam: Sewage-Works.

Oceny i sprawozdania.

Podręcznik fizjologji wydał Adolf Beck. Lwów-Warszawa-Kraków 1924.

Podręcznik ten jest pracą zbiorową najwybitniejszych fizjologów polskich i stanowi nietylko wzbogacenie naszego piśmiennictwa naukowego; monografje w nim zawarte pisane przez zawodowych znawców poszczególnych działów są przyczynkami do poznania nauki, opartemi nietylko na cudzych, ale i na własnych doświadczeniach, liczącemi się z najnowszemi zdobyczami wiedzy i mogłyby każdemu piśmiennictwu naukowemu być ozdobą.

W przedmowie wydawca zaznacza, że podręcznik ten uwzględnić ma przedewszystkiem potrzeby uczącej się młodzieży i zapewne trudno o bardziej kompetentnego znawcę tych potrzeb. Jakoż w każdym dziale znajdujemy, nietylko część teoretyczną, w której bez obciążenia zbytnim balastem naukowego piśmiennictwa podano przecież źródła nowych poglądów — ale obok teoretycznej ze szczególną dokładnością opracowana jest część praktyczna, sposób wykonania doświadczeń, odpowiednie wzory, krzywe i objaśniające rysunki.

Przy rozgałęzieniu współczesnem nauki fizjologji niepodobna wykonać tego jednemu człowiekowi, to też opracowanie działów powierzył wydawca wybitnym specjalistom i to szczególniej podnieść należy, że pośród nich znaczną część stanowią ludzie praktyki, specjaliści chorób serca, oczu, uszu lub nerwów. Tem bardziej pewnym być można, że ci wybitni znawcy potrafili z fizjologji ogólnej podnieść i zaakcentować te właśnie szczegóły, które przy stosowaniu w leczeniu stanowią część zasadniczej wiedzy. Doświadczenie leczenia jest dopełnieniem teoretycznej wiedzy i zapewne owo doświadczenie daje największe prawo nietylko do stawiania teorji, ale do wysuwania z szeregu zjawisk napotykanych te właśnie, które stanowią o istocie nauki.

Mimo, że książka pisana jest przez rozmaitych autorów panuje w niej pewna jednolitość, tłumacząca się tem właśnie, co wydawca na wstępie zaznaczył. Przewodnią myślą w niej jest: doświadczeniu oddać głos rostrzygający w myśl niezapomnianej nauki Claude Bernarda, którego imię na łamach tego dzieła ciągle spotykamy. Książka poświęcona jest pamięci Napoleona Cybulskiego wybitnego fizjologa krakowskiego związanego ściśle z tradycją wielkich fizjologów. Temi dwoma nazwiskami znaczy się niejako jej program naukowy.

Byłoby zbytecznem omawiać po tem co powiedzieliśmy wyżej poszczególne działy tej cennej i pożytecznej książki. Artykuły dra Sosnowskiego o mięśniach, dra Modrakowskiego o trawieniu lub dra Parnasa o czynnościach wątroby, oddychaniu i moczu są wymowną ilustracją tego, co ogólnie powiedzieć można: uwzględnienie teoretycznych wiadomości i wskazówki dla praktycznego badania, dla doświadczeń i ich zastosowania.

Nie ulega wątpliwości, że książka odda usługi nieocenione każdemu, nietylko uczącemu się, ale i tym, którzy o najnowszych zdobyczach wiedzy chcą się poinformować, tym wszystkim, którzy pamiętają, że nauka fizjologji jest nietylko dla patologji ale i dla terapji wiedzą podstawową.

Prof. dr. Wacław Moraczewski.

Przegląd piśmiennictwa.

Medizinische Klinik.

Nr. 14. 1925.

W a l d e r. **Krwotoki płucne i gruźlicze.**

H a l i r. **Niedokrewność złośliwa i lymphogranuloma malignum.** Autor opisuje rzadki przypadek, który z początku wykazywał obraz niedokrewności złośliwej, występującej po porodzie, która powtórzyła się podczas następnej ciąży. Następnie wystąpiła lymphogranulomatoza (*forma inguinalis*), która cechowała się znacznem powiększeniem gruczołów pachwinowych i sprowadziła zejście śmiertelne.

Autor omawia przyczynę niedokrewności złośliwej zależną od porodu, za czem przemawia mała ilość czerwonych

ciałek krwi, leukopenja ze względną limfocytozą, zwiększony wskaźnik hemoglobiny, megaloblasty i megalocyty. Autopsja wykazała ogólną amyloidozę i prócz guzów granulomatycznych w wątrobie, śledzionie i płucach — bardzo rzadki przypadek — przerzuty w błonie śluzowej pęcherza moczowego, wielkości grochu.

Rütz. **Zakażenie blizny ścięgna palca wyleczone »Rivanolem«.**

Sindler i Weidenbach. **Kazuistyka ciał obcych w płucach.** Autor przedstawia kilkuletnie dziecko, które przy wyjęciu zęba, aspirowało wyjęty ząb. Chwilowo wystąpiła u dziecka sinica, która po kilku minutach ustąpiła. W trzecim dniu po wyjęciu zęba, wystąpiło u chorego podwyższenie ciepłoty, kaszel i ogólne osłabienie. Stwierdzono u chorego zapalenie płuc. Ponieważ ciepłota ciała nie obniżała zię, a stan chorego coraz bardziej się pogarszał, przeniesiono go na klinikę, gdzie wykonano kilkakrotnie nakłucie.

Nakłucie dało dwukrotnie wynik ujemny, trzeci raz wydobyto cuchnącą ropę. Ponieważ prześwietlenie promieniami Roentgena stwierdziło obecność ciała obcego co do kształtu podobnego do zęba, wykonano resekcję żebra, usunięto ropę, lecz ciała obcego nie wydobyto. Po dwóch dniach nastąpiło zejście śmiertelne, a sekcja wykazała ząb w miejscu podziału lewego głównego oskrzela; na opłucnej naloty brudne, oraz zupełnie zniszczony miąższ płuca lewego. Gruczoły tchawicowo-oskrzelowe w miejscu rozwidlenia tchawicy dochodziły do wielkości śliwki. Autor zaleca w każdym podobnym przypadku przedewszystkiem dokładne ściąganie wywiadów, prześwietlenia promieniami Roentgena i zbadanie laryngologiczne.

Lövenstein. **Ból uciskowy kręgów przy niewyrównanych wadach.** U sercowo chorych stwierdza się nadwrażliwość lewej strony klatki piersiowej i bolesność mięśnia trapezowego i mostkowo-obojczykowego.

Bolesność mięśniowa jest odruchem nerwu błędnego, ponieważ *n. accessorius* stoi w pewnym związku z nerwem błędnym. Chorzy skarżą się również na ból drugiego lewego żebra i górnych kręgów, występujący na ucisk. Od I-go do IV-go kręgu piersiowego występuje silna bolesność przy niewyrównanych wadach mitralnych.

Funck. **Leczenie cukrzycy autohemoterapją.** U kilku chorych stosował autor autohemoterapję, przyczem nie podawano zupełnie insuliny; dieta składa się z 80 g białka i 150 g czarnego chleba. Wstrzykiwano co 3—5 dni 10 cm^3 krwi dożylnie. Leczenie to dało dobry skutek, jednakowoż potrzebna jest jeszcze ścisła kontrola.

Geinitz. **Leczenie glistnicy robaczkowej (owsika).** Autor poleca jako środek leczniczy przy glistnicy robaczkowej i świądzie przy tem występującym, dwukrotne spożywanie surowej marchwi (*Mohrrübe*) Skutek jest nadzwyczajny.

S. Arnoldówna (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Towarzystwo lekarzy polskich byłej Galicji.

Posiedzenie Rady Nadzorczej we Lwowie w dniu 3. lipca 1925 r.

Obecni: Doc. dr. Bocheński, dr. Krzyżanowski, prof. dr. Machek, prof. dr. Nowicki, prof. dr. Rencki, prof. dr. Sieradzki.

1. Przewodniczący prof. dr. Rencki odczytuje sprawozdanie rachunkowe za rok 1922, 23 i 24, oraz przedstawia powody spóźnienia ogłoszenia tychże sprawozdań, w szczególności bardzo ciężkie czasy i trudności w okresie dewaluacji, a następnie z powodu śmierci jednego skarbnika i ciężkiej długotrwałej choroby skarbnika drugiego. Obecnie wszystkie rachunki są uporządkowane i sprawozdanie może być ogłoszone.

W dyskusji omówiono przedstawione sprawozdanie i uchwalono w najkrótszym czasie powołać skarbnika w miejsce skarbnika chorego, prof. Machek zaś zastrzegł sobie szczegółowe przeglądnięcie rachunków.

2. Uchwalono z końcem roku bież. zwołać Walne Zebranie delegatów.

3. Na czas nieobecności przewodniczącego we Lwowie, uchwalono polecić doc. Sabatowskiemu czuwanie nad sprawami Towarzystwa, w szczególności nad Morszynem.

4. Wobec zmienionych obecnie stosunków uznano za konieczne przeprowadzenie zasadniczych zmian w organizacji Towarzystwa i w tym celu wybrano Komitet złożony z dr. Krzyżanowskiego, prof. Macheka i prof. Nowickiego, który ma przygotować odpowiedni projekt zmiany statutu w duchu reorganizacji Towarzystwa.

5. Przyjęto dar 50 Zł od dr. Leńki, jako nieprzyjęte honorarjum lekarskie, a przeznaczony na wdowy i sieroty po lekarzach.

Sprawy zawodowe.

Izba Lekarska Lubelska.

»Zgodnie z art. 14 Ustawy z dnia 2 XII 1921 r. o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich i z § 3 Regulaminu Izby Lekarskiej Lubelskiej, Wydział Wykonawczy podaje do wiadomości członkom Izby, że **w dniu 15. listopada b. r.** odbędą się wybory do Rady Izby Lekarskiej Lubelskiej na okres trzechlecia 1926—1928.

Ewentualne powtórne wybory odbędą się w dniu 17. grudnia tegoż roku.

W myśl obowiązującej Ustawy wszelkie zażalenia ze strony członków Izby w związku z umieszczeniem na liście wyborców winny być wnoszone do Zarządu Izby (Lublin, Niecała 3 II piętro) w ciągu dni 10 od daty opublikowania listy wyborców w Urzędowym Organie Wojewódzkim.

Bliższe techniczne szczegóły wyborów zostały umieszczone w Komunikacie Izby Nr. I. rozesłanym wszystkim członkom Izby«.

Dr. K. Jaworski, pisarz. *Dr. Modrzewski*, naczelnik.

Wiadomości bieżące.

Ze świata.

Liczba lekarzy w Niemczech wynosi 41.000 t. j. wypada mniej więcej jeden lekarz na 1500 mieszkańców. W Szwajcarji w r. 1910 było 2.499 lekarzy, w r. 1923 było ich 3.008, wśród nich 98 lekarek. Na jednego lekarza przypadało zatem w r. 1910 mieszkańców 1502, w r. 1923 ponad 1290 mieszkańców. W Szwecji wzrosła liczba lekarzy w latach 1910—1922 z 1247 na 1721; w r. 1922 wypadał jeden lekarz na 1359 mieszkańców. Japonja miała w r. 1924 43.028 lekarzy t. j. jeden lekarz na 1359 mieszkańców (w Tokio 5.104 lekarzy t. j. jeden lekarz na 794 osób).

Ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia gruźlicą w publicznych wziewalniach (inhalatorjach wydało Ministerstwo Opieki Społecznej w Niemczech rozporządzenie, według którego osoby z otwartą gruźlicą mogą przechodzić leczenie inhalatoryjne tylko w osobnych gabinetach.

Ogólno-amerykańska konferencja sanitarna, która odbyła się w Habanie z końcem ubiegłego roku, a w której wzięły udział Stany Zjednoczone Ameryki Północnej i republiki łacińskie amerykańskie, ostatecznie doprowadziła do porozumienia, według którego ma być dla Ameryki prowadzona jednolita statystyka chorobliwości i śmiertelności, kontrola sanitarna okrętów i komunikacji powietrznej, kształcenie lekarzy okrętowych i t. p.

Konferencję w sprawie alkoholizmu urządza od 1—3 września b. r. Międzynarodowe biuro przeciwalkoholizmowe w Genewie. Tematem obrad ma być: 1. Handel alkoholem w kolonjach Afryki podzwrotnikowej. 2. Walka z kontrabandą alkoholową. 3. Jak należy usunąć trudności, jakie powstały między państwami produkującemi alkohol a państwami, które ograniczyły u siebie używanie alkoholu? W konferencji wezmą udział wybitni przeciwnicy europejscy alkoholizmu.

VII Międzynarodowy lekarski kurs dalszego kształcenia z szczególnem uwzględnieniem balneologji i balneoterapji odbędzie się w Karlsbadzie od 13—19 września b. r.